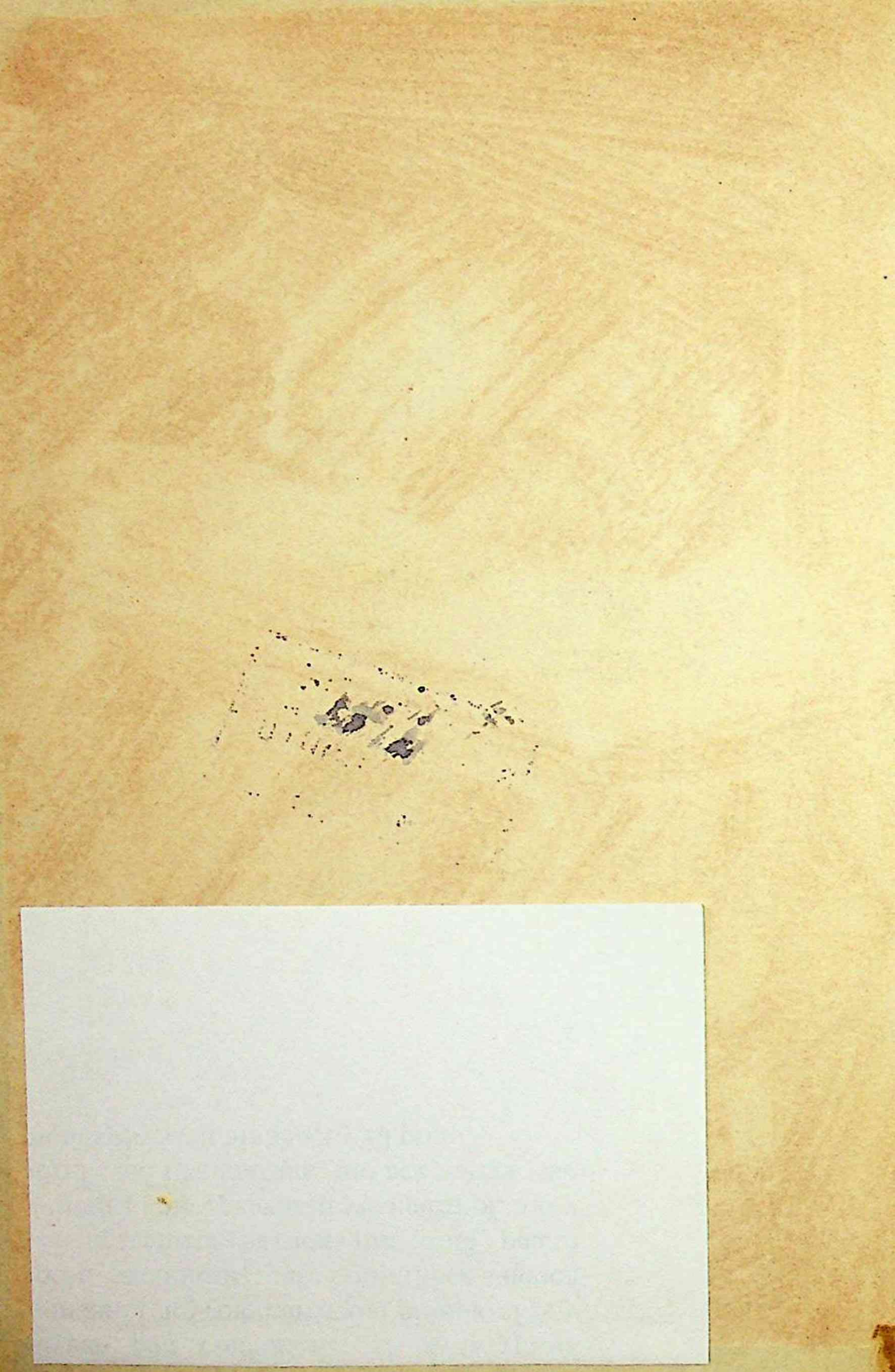




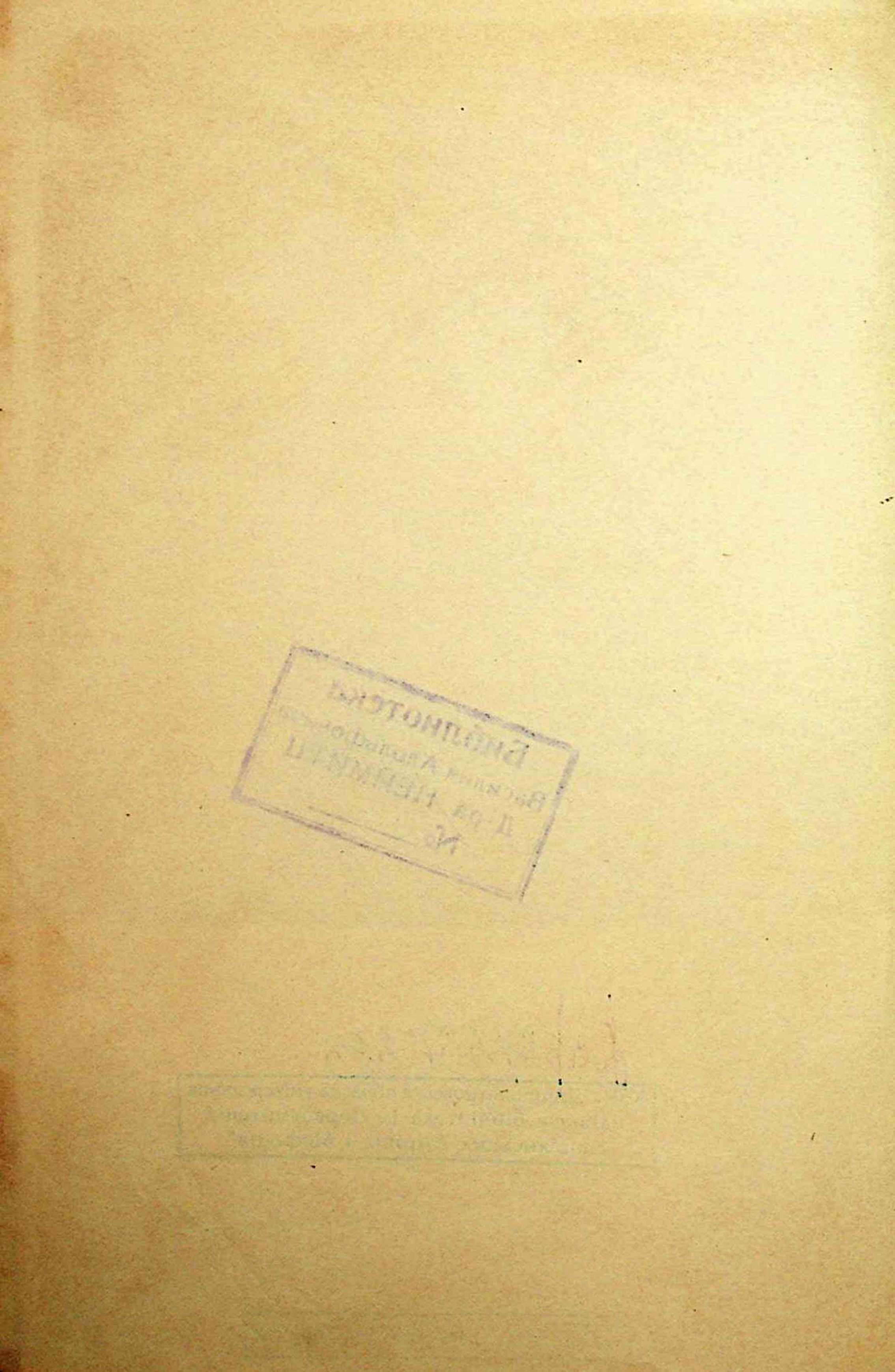
Р

Р-

А. Вит

Учение о несчастных случаях (травматология).





Предисловіе.

XIII съѣздъ австрійскихъ врачебныхъ камеръ, состоявшійся въ 1908 г. въ Прагѣ, высказался за учрежденіе при университетахъ спеціальной каѳедры по соціальной медицинѣ и гигіенѣ. Это рѣшеніе, принятое на съѣздѣ единогласно, подчеркнуло громадное значеніе для образованія практическаго врача надлежащей университетской подготовки по соціальной медицинѣ. Этой насущной потребности до извѣстной степени удовлетворяютъ тѣ немногія лекціи по медицинѣ несчастныхъ случаевъ и промышленной гигіенѣ, которыя читаются на медицинскомъ факультетѣ Вѣнскаго университета и которыя иногда сопровождаются практическими занятіями по изслѣдованію отдѣльныхъ больныхъ и экспертизѣ поврежденій.

Скромное мѣсто среди этихъ лекцій занимаетъ семестровый курсъ, который уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ читаетъ авторъ настоящей книги; въ основу этого курса положены наблюденія, почерпнутыя авторомъ изъ обширнаго матеріала, прошедшаго черезъ его руки почти за два десятилѣтія. Обширной, почти классической литературѣ предмета, поскольку она способна подкрѣпить и пополнить индивидуальныя наблюденія, отведено въ этомъ курсѣ надлежащее мѣсто; въ особенности удѣлено много вниманія научнымъ трудамъ нѣмецкихъ авторовъ, на родинѣ которыхъ уже давно существуетъ широкое соціальное законодательство. Но достойную оцѣнку получили и работы австрійскихъ, равно какъ и иностранныхъ врачей,—работы, уступающія нѣмецкимъ только въ количествѣ, но отнюдь не въ научномъ значеніи.

Назначеніе настоящихъ лекцій—служить введеніемъ въ изученіе предмета, дать возможность врачамъ и учащимся въ короткое время познакомиться съ наиболѣе важными теоретическими и практическими вопросами данной отрасли науки. Этимъ объясняется, почему авторъ принужденъ былъ по возможности съузить рамки своего труда и прежде всего исключить изъ него тѣ категоріи несчастныхъ случаевъ, для оцѣнки которыхъ необходимы спеціалисты въ тѣсномъ смыслѣ слова—окулисты и отіатры [1]). Точно также и нѣкоторые другіе пробѣлы въ обработкѣ матеріала находятъ себѣ оправданіе въ стремленіи автора изложить предметъ лишь въ главныхъ чертахъ, тщательно избѣгая всякой детализаціи. Цитируя крупныя классическія сочиненія по медицинѣ несчастныхъ случаевъ, авторъ тѣмъ самымъ указывалъ своимъ слушателямъ путь къ дальнѣйшему изученію этой науки, считая главной задачей своихъ лекцій—возбудить интересъ къ такому изученію.

[1]) Въ русскомъ изданіи этотъ пробѣлъ будетъ пополненъ. Прим. перев.

Что этой цѣли авторъ до извѣстной степени достигъ, это доказывается появленіемъ этихъ лекцій въ печати, вызваннымъ многочисленными заявленіями и просьбами со стороны коллегъ, принадлежавшихъ къ числу слушателей автора. Будучи приспособлены къ австрійскому и германскому законодательству, лекціи эти даютъ общій очеркъ дѣятельности врача при несчастныхъ случаяхъ—въ моментъ оказанія первой помощи, во время дальнѣйшаго леченія и окончательной экспертизы.

Въ основѣ всякой преподавательской дѣятельности лежитъ стремленіе привлечь сторонниковъ къ изучаемой области науки. И настоящее сочиненіе ставитъ себѣ цѣлью расширить кругъ интересующихся медициной несчастныхъ случаевъ и тѣмъ внести скромную лепту въ эту отрасль науки, одинаково важную какъ для врачей, такъ и для общества.

Авторъ.

Вѣна, май 1909 г.



I Лекція.

Введеніе. — Сущность и значеніе ученія о несчастныхъ случаяхъ. — Дѣятельность врача на поприщѣ медицины несчастныхъ случаевъ. — Основныя законоположенія по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ въ Германіи и Австріи — (Приложеніе. Русское законодательство о вознагражденіи при несчастныхъ случаяхъ).

Эволюція общественныхъ учрежденій естественно ведетъ за собой развитіе такъ назыв. «соціальной медицины». Этимъ терминомъ мы обозначаемъ примѣненіе нашихъ медицинскихъ знаній на службѣ обществу. Въ области соціальной медицины мы, какъ врачи, стоимъ лицомъ къ лицу не съ отдѣльными индивидуумами: нашей работой пользуются общественныя учрежденія. Эти учрежденія такъ же нуждаются въ нашемъ сотрудничествѣ, какъ нуждается въ немъ государственная юстиція. Но въ то время какъ юстиція прибѣгаетъ къ врачу только въ опредѣленныхъ единичныхъ случаяхъ, для проведенія въ жизнь тѣхъ соціальныхъ учрежденій, которыя установлены закономъ въ интересахъ народнаго благосостоянія, необходимо постоянное сотрудничество врачей.

И дѣйствительно, со времени проведенія въ жизнь соціальнаго законодательства, развитіе котораго далеко еще не закончено, публично-правовая дѣятельность врачей чрезвычайно расширилась и пріобрѣла такое значеніе, о какомъ прежнія поколѣнія врачей не имѣли никакого представленія. Изъ дальнѣйшаго изложенія вы увидите, что, съ одной стороны, эта дѣятельность основывается на фундаментѣ строгой науки, а съ другой — что сама наша наука, т. е. этіологія, діагностика и терапія, обогащаются благодаря нашей дѣятельности на поприщѣ соціальной медицины.

Институтъ страхованія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ былъ введенъ впервые въ Германіи закономъ 6 іюня 1884 г. (который былъ затѣмъ замѣненъ закономъ 30 іюня 1900 г.). Это былъ первый шагъ въ области соціальнаго законодательства, построеннаго на принципѣ страхованія и поставившаго себѣ цѣлью обезпечить на случай болѣзни, поврежденія и инвалидности наиболѣе слабую въ экономическомъ отношеніи часть населенія, т. е. рабочихъ. За Германіей послѣдовали Австрія, издавшая законъ о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ 28 дек. 1887 г. (законъ этотъ получилъ дальнѣйшее развитіе въ новеллѣ 20 іюня 1894 г.), затѣмъ Норвегія (1894), Финляндія (1895), Англія (1897), Италія и Франція (1898), Голландія и Швеція (1901), Люксембургъ (1902), Венгрія (смѣшанное страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ и болѣзней — 1907), наконецъ Бельгія и Данія. Другія государства — Испанія, Россія и Греція до сихъ поръ не имѣютъ обязательнаго страхованія и довольствуются построеннымъ по принципу

страхованія закономъ объ отвѣтственности предпринимателей, отчасти съ государственной гарантіей.

Вслѣдъ за страхованіемъ отъ несчастныхъ случаевъ (а въ нѣкоторыхъ странахъ и раньше его) появилось страхованіе рабочихъ на случай болѣзни, а затѣмъ и на случай инвалидности и старости. Въ Австріи послѣдній видъ страхованія находится еще въ стадіи предварительной разработки. Рядъ недостатковъ, обнаружившихся при примѣненіи этихъ законовъ, вызвалъ появленіе различныхъ новеллъ къ нимъ. Въ Австріи въ настоящее время предпринята коренная реформа всей системы страхованія; на значеніе этой реформы я еще буду имѣть случай указать въ дальнѣйшемъ изложеніи.

Главной ареной публично-правовой дѣятельности врача является страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ, какъ государственное, такъ и частное; знакомство съ обязанностями врача въ этой области даетъ та отрасль медицины, которая пріобрѣла названіе «Травматологіи», «Unfallkunde» [1]).

Подъ травматологіей разумѣется ученіе о поврежденіяхъ и заболѣваніяхъ, вызванныхъ несчастными случаями (Golebiewski). Это отрасль практической медицины, разрабатывающая тѣ спеціальныя задачи, которыя ставитъ врачу государственное и частное страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ (C. Kaufmann). Травматологія не представляетъ собой особой науки въ обычномъ смыслѣ этого слова; она скорѣе является частью всѣхъ практическихъ отраслей медицины (гл. обр. хирургіи, внутренней медицины, офтальмологіи и отіатріи); но центръ тяжести ея лежитъ въ оцѣнкѣ послѣдствій несчастнаго случая, въ экспертизѣ поврежденія — и не только съ діагностической и прогностической точекъ зрѣнія, но и съ точки зрѣнія экономическихъ отношеній.

Изъ всѣхъ вопросовъ, которые приходится рѣшать врачу въ роли эксперта, самымъ важнымъ является вопросъ о томъ, существуетъ ли въ томъ или иномъ случаѣ несомнѣнная или хотя бы вѣроятная связь между несчастнымъ случаемъ и тѣми патологическими измѣненіями, которыя врачъ констатировалъ у пострадавшаго, ибо только подобнаго рода послѣдствія несчастныхъ случаевъ подлежатъ вознагражденію. Установленіе этой связи на научныхъ и логическихъ основаніяхъ является серьезной и подчасъ очень трудной задачей врача. Чтобы выполнить эту задачу, онъ долженъ знать всѣ многочисленныя болѣзни изъ всѣхъ областей медицины — и притомъ какъ тѣ болѣзни, которыя возникаютъ на почвѣ поврежденій, такъ и тѣ, которыя развиваются самостоятельно; короче, онъ долженъ знать всѣ случаи, въ этіологіи которыхъ можетъ быть травма, чтобы, опираясь на эти знанія, надлежащимъ образомъ отвѣтить на указанный выше вопросъ. Кромѣ того онъ долженъ быть хорошо знакомъ съ профессіональными болѣзнями.

Другая, не менѣе трудная задача врача-эксперта это — числовая оцѣнка вызваннаго несчастнымъ случаемъ пониженія

---

[1]) Нѣмецкій терминъ «Unfallkunde» мы рѣшаемся перевести словомъ «Травматологія», такъ какъ буквальный переводъ его «Ученіе о несчастныхъ случаяхъ» страдаетъ неуклюжестью и затрудняетъ изложеніе. Съ перенесеніемъ къ намъ этой новой отрасли знанія неизбѣжно и появленіе новыхъ терминовъ, и если предлагаемый нами терминъ не чуждъ недостатковъ, а главное не привыченъ для нашего слуха, то съ этимъ приходится мириться, такъ какъ лучшаго на русскомъ языкѣ не существуетъ. Прим. перев.

трудоспособности. Правда, по отношенію къ такъ назыв. «простымъ поврежденіямъ» — потерѣ и неподвижности отдѣльныхъ частей тѣла — существуетъ богатая эмпирически установленная казуистика, которая, повидимому, облегчаетъ задачу. Но добросовѣстный экспертъ, прежде чѣмъ высказать мнѣніе, отъ котораго зависитъ матеріальное благосостояніе пострадавшаго, долженъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ взвѣсить всѣ специальныя особенности, зависящія отъ индивидуальности потерпѣвшаго, рода его занятія и другихъ моментовъ. Въ теченіе настоящаго курса мы подробно ознакомимся съ тѣмъ значеніемъ, какое имѣетъ врачебное заключеніе, и съ тѣми правилами, которымъ должно слѣдовать при его обоснованіи.

Затѣмъ мы постараемся изучить тѣ искаженія въ картинѣ болѣзни, которыя зависятъ отъ преувеличеній и симуляцій со стороны пострадавшихъ. На цѣломъ рядѣ примѣровъ вы увидите, съ какимъ искусствомъ нѣкоторые симулянты стараются ввести врача въ заблужденіе, и познакомитесь съ тѣми пріемами и методами, при помощи которыхъ мы боремся съ подобными попытками.

Послѣ того какъ связь между наличными поврежденіями и несчастнымъ случаемъ установлена, послѣ того какъ поставленъ точный діагнозъ и выяснено экономическое значеніе послѣдствій несчастнаго случая для работоспособности пострадавшаго, врачъ долженъ изложить результаты своего изслѣдованія въ особомъ документѣ, составленномъ точно, ясно и общепонятно, именно въ «экспертизѣ», которая затѣмъ служитъ основаніемъ для разрѣшенія вопроса судебной инстанціей. И мы познакомимся въ дальнѣйшемъ съ планомъ, характеромъ и содержаніемъ устныхъ и письменныхъ экспертизъ, надлежащее составленіе которыхъ является пробнымъ камнемъ научной и практической подготовки врача-эксперта.

Уже изъ этихъ краткихъ замѣчаній вы могли уяснить себѣ ту громадную отвѣтственность, которую возлагаетъ на врача законъ о страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, а, съ другой стороны, и то значеніе, которое имѣетъ для проведенія этого закона голосъ врачей и ихъ сотрудничество. Въ дальнѣйшемъ вы встрѣтитесь еще и съ другими задачами, возникающими передъ врачами на почвѣ обязательнаго и добровольнаго [1]) страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, — задачами, которыя составляютъ часть діагностической и терапевтической дѣятельности врача вообще.

Теперь мы перейдемъ къ изложенію закона о страхованіи рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ.

Хотя врачъ, въ своей роли эксперта, повидимому, и не имѣетъ возможности вліять на то или иное толкованіе закона, однако, подробное знакомство съ этимъ закономъ для него необходимо (Thiem). Намъ поэтому придется цитировать какъ австрійское, такъ и германское законодательство по страхованію рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, такъ какъ оба законодательства не во всѣхъ пунктахъ совпадаютъ; кромѣ того мы коснемся и тѣхъ из-

---

[1]) Обязательному страхованію подлежатъ только опредѣленныя категоріи лицъ, точно перечисленныя въ законѣ; лица, не подходящія подъ опредѣленіе закона, могутъ страховаться добровольно—отчасти въ тѣхъ же учрежденіяхъ, которыя служатъ для обязательнаго страхованія, отчасти же въ частныхъ обществахъ страхованія. Прим. перев.

мѣненій австрійскаго закона, которыя содержатся въ проектѣ соціальнаго страхованія, внесенномъ австрійскимъ правительствомъ въ парламентъ 4 ноября 1908 г. Мнѣ кажется, что наиболѣе важныя изъ предстоящихъ измѣненій дѣйствующаго закона представляютъ для врачей извѣстный интересъ, хотя и не всѣ части новаго проекта врачи могутъ считать шагомъ впередъ сравнительно съ существующимъ положеніемъ дѣла.

Согласно австрійскому закону отъ 28 дек. 1887 г. всѣ рабочіе и служащіе фабрикъ, горныхъ заводовъ, горныхъ промысловъ по обработкѣ минераловъ, не составляющихъ регалію короны, верфей и копей, а также и всѣхъ относящихся къ этимъ предпріятіямъ фабрично-заводскихъ учрежденій, подлежатъ страхованію отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ, происшедшихъ при производствѣ, — на основаніяхъ, опредѣляемыхъ этимъ закономъ. Отдѣлъ I закона 20 іюля 1894 г. распространяетъ страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ на всѣ желѣзнодорожныя предпріятія, независимо отъ того, какая въ нихъ примѣняется двигательная сила, затѣмъ на всѣ предпріятія промышленнаго характера по перевозкѣ пассажировъ и товаровъ, какъ сухимъ путемъ, такъ и по воднымъ путямъ, на землечерпалки, на промышленныя предпріятія по очисткѣ улицъ и зданій, на товарные склады (амбары, дровяные и угольные склады), на постоянные театры по отношенію ко всѣмъ занятымъ въ нихъ рабочимъ, служащимъ и актерамъ, на предпріятія по тушенію пожаровъ, по очисткѣ каналовъ, дымовыхъ трубъ, по тесанію камней и постройкѣ колодцевъ.

По германскому закону страхованію отъ несчастныхъ случаевъ подлежатъ рабочіе и служащіе всѣхъ названныхъ выше предпріятій, причемъ служащіе страхуются только въ томъ случаѣ, если ихъ заработокъ не превышаетъ 3000 марокъ въ годъ. Кромѣ того въ Германіи страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ распространено на всѣ учрежденія почтоваго, телеграфнаго и желѣзнодорожнаго вѣдомствъ, на всѣхъ лицъ, занятыхъ въ военномъ и морскомъ вѣдомствахъ, въ сельскомъ хозяйствѣ и лѣсоводствѣ, и на лицъ, составляющихъ экипажъ нѣмецкаго судоходства. Съ 1901 г. въ этотъ списокъ включены еще солдаты, а съ 1903 г.—арестанты.

Такимъ образомъ объемъ обязательнаго страхованія отъ несчастныхъ случаевъ въ Австріи значительно уже, чѣмъ въ Германіи; австрійскій законъ не распространяется на сельскохозяйственныхъ и лѣсныхъ рабочихъ (за исключеніемъ рабочихъ и служащихъ, занятыхъ при машинахъ), на почтовыхъ и телеграфныхъ рабочихъ и служащихъ, на лицъ, занятыхъ въ военномъ и морскомъ вѣдомствахъ, на экипажъ судовъ, на служащихъ въ войскѣ, на солдатъ и арестантовъ. Объему страхованія пропорціональна и его тяжесть, ложащаяся на указанныхъ закономъ носителей его. Эта тяжесть, какъ въ Германіи, такъ и въ Австріи съ каждымъ годомъ значительно возростаетъ какъ вслѣдствіе развитія промышленности, такъ и вслѣдствіе усовершенствованія регистраціи несчастныхъ случаевъ, въ зависимости отъ установленной закономъ обязательности послѣдней.

Такъ, въ Австріи за періодъ 1890—1903 гг. общее число предпріятій, подлежавшихъ обязательному страхованію, увеличилось съ 131.326 до 372.251, т. е. на 240.925 предпріятій; число застрахованныхъ лицъ возросло съ 1.231.818 до 2.621.929, т. е. на 1.390.111 лицъ.

Число предпріятій такимъ образомъ утроилось, число застрахованныхъ—болѣе чѣмъ удвоилось. Въ то же время абсолютное число несчастныхъ случаевъ увеличилось болѣе, чѣмъ въ 5 разъ, именно: съ 16.041 въ 1890 г. до 88.155 въ 1903 г. Общее число лицъ, получавшихъ ренту, увеличилось съ 2480 въ 1890 г. до 69.055 въ 1903 г., а сумма ежегодно выплачиваемыхъ рентъ поднялась съ 348.128 до 12.706.930 кронъ [1]). Въ концѣ 1907 г. всѣ обязательства страхового учрежденія Нижне-Австрійскаго района [2]) по отношенію къ рентополучателямъ составляли сумму не менѣе 62.430.609 кронъ. Къ началу 1904 г. общая сумма рентъ и другихъ вознагражденій, выплаченныхъ за предыдущіе годы всѣми австрійскими учрежденіями по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ, составляла 113.422.528 кронъ [3]).

Въ Германіи за такой же періодъ времени (1885—1898) число предпріятій, подлежащихъ страхованію, увеличилось съ 194.601 до 5.110.542, т. е. на 4.915.941 предпріятіе; число застрахованныхъ лицъ увеличилось съ 2.986.248 до 17.505.905, т. е. на 14.519.657 лицъ. Въ 1905 году во всѣхъ германскихъ промысловыхъ товариществахъ [4]), являющихся носителями страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, было застраховано 19 милліоновъ человѣкъ, другими словами, треть всего населенія Германіи; число зарегистрированныхъ несчастныхъ случаевъ равнялось 609.024, число впервые вознагражденныхъ [5]) случаевъ—141.277. Въ 1886 г. расходы по вознагражденію пострадавшихъ составляли 1.915.306 марокъ, въ 1898 г.—71.108.729 марокъ, въ 1905 г.—136.206.112 марокъ, въ 1907 г.—не менѣе 150 милліоновъ марокъ, выплаченныхъ 887.927 лицамъ—пострадавшимъ и ихъ наслѣдникамъ.

---

1) Австрійская крона = 40 коп. Прим. перев.

2) Для осуществленія страхованія отъ несчастныхъ случаевъ Австрія раздѣлена на 7 районовъ. Въ каждомъ районѣ функціонируетъ особое страховое учрежденіе (Unfallversicherungsanstalt), правленіе котораго находится въ наиболѣе крупномъ городѣ даннаго района. Членами учрежденій по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ являются какъ промышленники, такъ и рабочіе. Правленіе состоитъ изъ 18 членовъ, изъ которыхъ 6 избираются министромъ внутреннихъ дѣлъ. Прим. перев.

3) За послѣдующее трехлѣтіе (1904—1906) числа эти, конечно, еще болѣе увеличились. Къ концу 1906 года число застрахованныхъ предпріятій равнялось 425.146, число застрахованныхъ рабочихъ—2.918.679, число зарегистрированныхъ несчастныхъ случаевъ—140.520, число вознагражденныхъ случаевъ—62.852; изъ нихъ окончились смертью—1.907, потерей работоспособности—30.329. Въ концѣ 1906 г. число лицъ, получавшихъ ренту, равнялось 89.354, сумма выплачиваемыхъ въ годъ рентъ—16.783.905 кронъ.

4) Въ отличіе отъ Австріи, страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ въ Германіи организовано не территоріально, а профессіонально. Предпріятія однородныхъ отраслей промышленности объединены въ союзы, которые называются промысловыми товариществами (Berufsgenossenschaften). Промысловыя товарищества состоятъ исключительно изъ предпринимателей. Въ настоящее время въ Германіи имѣется 114 промысловыхъ товариществъ. Прим. перев.

5) Несовпаденіе числа зарегистрированныхъ и вознагражденныхъ несчастныхъ случаевъ объясняется тѣмъ, что значительная часть несчастныхъ случаевъ вызываетъ легкія поврежденія, оканчивающіяся выздоровленіемъ въ теченіе первыхъ недѣль послѣ несчастія. А такъ какъ въ теченіе первыхъ 4 недѣль въ Австріи и 13 недѣль въ Германіи пострадавшіе находятся на попеченіи больничныхъ кассъ, то органамъ страхованія отъ несчастныхъ случаевъ приходится вознаграждать только случаи, оставляющіе болѣе длительную неработоспособность. Прим. перев.

Объектомъ страхованія по австрійскому закону является возмѣщеніе матеріальныхъ потерь, причиненныхъ поврежденіемъ организма или смертью пострадавшаго. При поврежденіяхъ, начиная съ 5-й недѣли послѣ несчастнаго случая, выдается рента на все время, пока пострадавшій остается неработоспособнымъ. При вычисленіи ренты принимается во вниманіе заработокъ пострадавшаго за послѣдній годъ его работы въ томъ промышленномъ заведеніи, гдѣ произошелъ несчастный случай. Годовой заработокъ вычисляется путемъ помноженія средняго дневного заработка на 300. Если вычисленный такимъ образомъ годовой заработокъ оказывается выше 2400 кронъ, то излишекъ не принимается въ разсчетъ при вычисленіи ренты. Годовой заработокъ учениковъ, временныхъ служащихъ практикантовъ и другихъ лицъ, не получающихъ вслѣдствіе недостаточной подготовки никакого жалованья или зарабатывающихъ очень мало, исчисляется въ томъ же размѣрѣ, какъ и заработокъ вполнѣ правоспособныхъ рабочихъ тѣхъ профессій, къ которымъ упомянутыя лица себя готовятъ, однако, не выше 600 кронъ. Рента равняется:

а) въ случаѣ полной неработоспособности въ теченіе всего времени, пока таковая существуетъ, 60% годового заработка;

b) въ случаѣ частичной неработоспособности въ теченіе всего времени, пока таковая существуетъ, части упомянутой въ п. а) ренты, въ зависимости отъ размѣровъ сохранившейся работоспособности, однако не выше 50% годового заработка.

Такимъ образомъ пострадавшій при несчастномъ случаѣ при полной неработоспособности, которую мы считаемъ за 100%, получаетъ ренту, равную 60% его прежняго заработка, при 50% неработоспособности—ренту, равную 30% его прежняго заработка, и т. д.

Пострадавшій не имѣетъ права на вознагражденіе, если онъ вызвалъ несчастный случай умышленно.

Если несчастный случай имѣлъ послѣдствіемъ смертельный исходъ, то кромѣ вознагражденія, выплачиваемаго пострадавшему за время до его смерти, выдаются еще: 1) похоронныя деньги въ зависимости отъ мѣстныхъ обычаевъ, однако, не больше 50 кронъ; 2) вдовья рента въ размѣрѣ 20% годового заработка умершаго; 3) рента каждому ребенку моложе 15 лѣтъ въ 15% (а для внѣбрачныхъ дѣтей 10%); но общая сумма вдовьей и сиротскихъ рентъ не должна быть выше 50% заработка умершаго. Родные умершаго по прямой восходящей линіи получаютъ 20%.

Новый австрійскій законопроектъ вводитъ довольно существенныя измѣненія сравнительно съ дѣйствующимъ законодательствомъ. Такъ, напр., § 173 законопроекта содержитъ слѣдующее добавленіе: «Размѣръ присуждаемой потерпѣвшему ренты исчисляется по степени вызваннаго несчастнымъ случаемъ пониженія работоспособности и по размѣрамъ средняго ежедневнаго пособія, выдаваемаго больничной кассой» [1]). Другое нововведеніе въ интересахъ застрахованныхъ содержится въ § 172: «Наравнѣ съ несчастными случаями, происходящими при производствѣ, подлежатъ вознагражденію и тѣ несчастные случаи, которые имѣютъ мѣсто при домашнихъ или постороннихъ работахъ, производимымъ застра-

---

[1]) Больничныя кассы въ Австріи выдаютъ во время болѣзни 60% обычной въ данномъ судебномъ округѣ поденной платы. Прим. перев.

хованнымъ по порученію предпринимателя, или отъ его имени, или по приказанію лица, къ которому пострадавшій стоялъ при производствѣ въ подчиненныхъ отношеніяхъ». Очень важное значеніе имѣетъ проектируемое измѣненіе § 6 дѣйствующаго закона: «Въ случаѣ тѣлеснаго поврежденія рента назначается со дня окончанія леченія (проводимаго больничной кассой), однако, не позже начала второго года послѣ несчастнаго случая на все время, пока существуетъ неработоспособность» [1]). Одновременно съ тѣмъ предложено, по примѣру Германіи, увеличить съ 4 недѣль до 13 срокъ, въ теченіе котораго пострадавшіе находятся на попеченіи больничныхъ кассъ и по прошествіи котораго расходы по леченію несутъ уже учрежденія по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ. Затѣмъ согласно § 174 проекта полная рента, которая будетъ исчисляться не по среднему заработку, а по больничному пособію (помноженному на 300), можетъ временно выдаваться и тѣмъ пострадавшимъ, которые, не будучи вполнѣ неработоспособными, тѣмъ не менѣе нуждаются для полнаго возстановленія силъ или для улучшенія состоянія въ особомъ уходѣ. Это такъ назыв. «рента выздоравливающихъ» или, какъ ее болѣе удачно назвали во врачебной печати— «рента привыканія» (Angewöhnungsrente); эта рента можетъ также быть предметомъ судебнаго иска. Если пострадавшій впадаетъ въ состояніе полной безпомощности, такъ что нуждается въ постороннемъ уходѣ, то рента увеличивается въ $1^1/_2$ раза, а для рабочихъ и служащихъ желѣзныхъ дорогъ—въ 2 раза.

Германское законодательство, послужившее образцомъ для австрійскаго, также опредѣляетъ, какъ объектъ страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, возмѣщеніе матеріальныхъ потерь, обусловленныхъ поврежденіемъ или смертью потерпѣвшаго. Въ случаѣ поврежденія пострадавшій получаетъ, начиная съ 14-й недѣли послѣ несчастія, врачебную помощь, медикаменты и другія лечебныя средства, равно какъ и всѣ вспомогательныя пособія, необходимыя для упроченія результатовъ леченія или для облегченія послѣдствій поврежденія (костыли, протезы и пр.); кромѣ того онъ получаетъ ренту на все время неработоспособности. Рента, въ случаѣ полной неработоспособности, составляетъ $66^2/_3$% годового заработка (полная рента); въ случаѣ частичной неработоспособности выдается часть полной ренты, соотвѣтствующая степени пониженія работоспособности (частичная рента). Если пострадавшій совершенно безпомощенъ и нуждается въ постороннемъ уходѣ и посторонней помощи, то полная рента повышается до 100% годового заработка. Другое, очень гуманное постановленіе германскаго закона допускаетъ временное повышеніе частичной ренты до размѣровъ полной въ тѣхъ случаяхъ, когда пострадавшій, помимо своей вины, въ зависимости только отъ несчастнаго случая лишается работы. Вмѣсто ренты промысловое товарищество можетъ предоставить пострадавшему леченіе и уходъ, помѣстивъ его въ какое-либо лечебное заведеніе. Это право промысловыхъ товариществъ ограничено по отношенію къ рабочимъ, имѣющимъ семью, домохозяйство или живущимъ вмѣстѣ съ членами своей семьи; такіе рабочіе могутъ быть помѣщены въ лечебное за-

[1]) Въ настоящее время продолжительность леченія не ограничена, рента же назначается лишь тогда, когда леченіе уже признано законченнымъ.
Прим. перев.

веденіе только съ ихъ согласія. Такого согласія не требуется, однако, если по характеру поврежденія необходимы такое леченіе и такой уходъ, какіе въ домашней обстановкѣ потерпѣвшаго невозможны, или если врачъ, занимающій оффиціальную должность въ мѣстѣ постояннаго жительства потерпѣвшаго, удостовѣритъ, что состояніе здоровья или поведеніе потерпѣвшаго требуютъ постояннаго наблюденія.—Въ случаѣ смерти потерпѣвшаго выдаются похоронныя деньги въ размѣрѣ $^1/_{15}$ годового заработка, однако, не менѣе 50 марокъ, и кромѣ того опредѣленная рента оставшейся послѣ умершаго семьѣ.

Громадное значеніе имѣетъ § 23 германскаго закона: «Если существуютъ достаточныя основанія для того, чтобы предположить, что при надлежащемъ леченіи работоспособность рентополучателя можетъ повыситься, то промысловое товарищество можетъ во всякое время подвергнуть пострадавшаго новому леченію. Если пострадавшій безъ законныхъ или уважительныхъ причинъ откажется отъ такого леченія, то онъ можетъ быть на время лишенъ всей ренты или части ея».

Въ австрійскомъ законѣ нѣтъ подобнаго постановленія; въ проектъ оно внесено въ нѣсколько урѣзанномъ видѣ. Согласно § 178 проекта «учрежденія по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ имѣютъ право брать на себя попеченіе о пострадавшемъ, вмѣсто того, чтобы оставлять его на попеченіе больничной кассы [1]). Въ такомъ случаѣ всѣ права и обязанности больничныхъ кассъ въ отношеніи леченія и призрѣнія больныхъ переходятъ къ страховымъ учрежденіямъ. По окончаніи леченія пострадавшему можетъ быть вмѣсто ренты предоставлено мѣсто въ какомъ-либо лечебномъ заведеніи, однако только съ его согласія. Помѣщеніе пострадавшаго въ больницу или другое лечебное заведеніе насчетъ его ренты допускается во всѣхъ случахъ, когда пострадавшій умышленно затрудняетъ или задерживаетъ выздоровленіе. Если для рѣшенія вопроса о правѣ пострадавшаго на ренту врачъ находитъ необходимымъ больничное наблюденіе, то пострадавшій можетъ быть на опредѣленное время помѣщенъ въ больницу».

Врачи, спеціально занимающіеся леченіемъ пострадавшихъ при несчастныхъ случаяхъ, прекрасно знаютъ, что при обычномъ леченіи пострадавшихъ не спеціалистами нерѣдко обращается гораздо больше вниманія на возстановленіе анатомическихъ отношеній больного органа, чѣмъ на возстановленіе его функціи. Этотъ несомнѣнный фактъ находитъ себѣ объясненіе не въ недостаткѣ познаній у врачей, а исключитeльно въ незнакомствѣ съ задачами функціональной терапіи. Если, напр., врачу приходится лечить у рабочаго флегмонозное воспаленіе сухожильныхъ влагалищъ кисти, и онъ, не прегрѣшая ни въ чемъ противъ общихъ правилъ хирургіи, оставитъ, однако, руку на долгое время, безъ достаточной необходимости, иммобилизированной, то въ результатѣ получится разстройство движенія одного или нѣсколькихъ пальцевъ,—разстройство, которое либо вовсе не появилось бы, либо развилось бы въ меньшей степени, если бы врачъ своевременно предпринялъ мобилизацію суставовъ. То же можно сказать и относительно поврежденій суставовъ и костей. Правда, въ настоящее время и университеты

---

[1]) Рѣчь идетъ, конечно, о первыхъ четырехъ (или по проекту 13) недѣляхъ послѣ несчастнаго случая. Прим. перев.

стараются уже внушить студентамъ и молодымъ врачамъ настоятельную необходимость функціональной терапіи, требующей, впрочемъ, отъ врача гораздо большей энергіи и труда. Конечно, гораздо удобнѣе фиксировать сломанную лучевую кость на 4 недѣли въ шинной повязкѣ, чѣмъ на 10-й или 12-й день, а иногда раньше, приступить къ правильному примѣненію массажа и гимнастики, для того, чтобы, не нарушая процесса анатомическаго заживленія, въ то же время воспрепятствовать развитію анкилозовъ, большихъ костныхъ мозолей и мышечной атрофіи. Необходимо выдвинуть на первый планъ, какъ руководящее правило травматологіи, одинаково важное какъ для пострадавшаго, такъ и для лечащаго врача,—что съ самаго начала леченія должно быть обращено надлежащее вниманіе на функцію поврежденной части тѣла. Учрежденія по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ сами стремятся въ случахъ, когда леченіе пострадавшаго кажется имъ неправильнымъ, передать больного въ руки своихъ довѣренныхъ врачей или помѣстить ихъ въ лечебное заведеніе. Такой образъ дѣйствій диктуется простыми экономическими соображеніями. Но такъ какъ въ данномъ случаѣ экономическіе интересы страховыхъ учрежденій почти совпадаютъ съ интересами человѣколюбія,—ибо всякій рентополучатель представляетъ изъ себя въ большей или меньшей степени инвалида,—человѣка, такъ сказать, пониженной соціальной цѣнности, то врачи не должны противодѣйствовать указанному стремленію страховыхъ учрежденій, до тѣхъ поръ, конечно, пока эти стремленія не переходятъ извѣстныхъ границъ [1]). Haag приводитъ данныя, показывающія, что у 216 пострадавшихъ леченіе въ медико-механическихъ институтахъ дало улучшеніе въ 90.73% (считая полную потерю работоспособности равной 100%). Если принять, что каждый 1% работоспособности при капитализаціи равняется 7473 маркамъ, и что расходы по возстановленію 1% работоспособности составляютъ 3,35 марокъ, то при израсходованіи 31.734,70 марокъ можно было бы сдѣлать экономію въ 707.917.20 мар., т. е. получить чистаго дохода 676.182,59 мар. Эти цифры, вычисленныя только для 216 пострадавшихъ, показываютъ, какое громадное значеніе имѣетъ поднятіе работоспособности. Само собою разумѣется, что здѣсь дѣло идетъ не о случаяхъ оперативнаго леченія, которое не можетъ быть принудительнымъ, но главнымъ образомъ о случаяхъ примѣненія механическаго, термическаго и электрическаго леченія, а также различныхъ вспомогательныхъ аппаратовъ и протезовъ. Что извѣстная часть пострадавшихъ—не отличающаяся высокимъ этическимъ уровнемъ—относится къ институтамъ для леченія травматиковъ недружелюбно, называя ихъ «выжимателями ренты» (Rentenquetschen) и протестуя противъ «исправленія естественнаго хода выздоровленія»—это само собою понятно. Конечно, врачи не должны становиться на такую точку зрѣнія, какъ это иногда бываетъ, но должны лишь возставать противъ возможныхъ злоупотребленій со стороны травматическихъ институ-

---

[1]) Авторъ, очевидно, имѣетъ здѣсь въ виду тѣ случаи, когда страховыя учрежденія, злоупотребляя своимъ правомъ помѣщать пострадавшихъ въ лечебныя заведенія, прибѣгаютъ къ этому средству безъ достаточныхъ основаній, мучатъ такимъ образомъ пострадавшихъ цѣлые годы и нерѣдко доводятъ ихъ въ концѣ-концовъ до состоянія тяжелаго нервнаго разстройства.

Прим. перев.

товъ и промысловыхъ товариществъ.—Въ слѣдующихъ лекціяхъ мы еще вернемся къ вопросу о надлежащемъ выполненіи врачемъ своихъ обязанностей при проведеніи страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, и изложимъ тѣ законоположенія, которыхъ мы не успѣли коснуться въ настоящей лекціи.

Русское законодательство о вознагражденіи при несчастныхъ случаяхъ. До изданія закона 2 іюня 1903 г. потерпѣвшій увѣчье рабочій могъ требовать вознагражденія со стороны предпринимателя только въ порядкѣ обычнаго гражданскаго иска. Цѣлый рядъ статей гражданскаго уложенія (т. X, ч. I ст. ст. 574, 647, 684, 687) даетъ право каждому лицу, понесшему какой-либо ущербъ по винѣ другого лица, требовать отъ этого послѣдняго возмѣщенія убытковъ. Однако, при осуществленіи своего права на вознагражденіе въ обще-гражданскомъ порядкѣ, потерпѣвшій долженъ былъ доказать, что увѣчье произошло по винѣ предпринимателя. Не только тѣ увѣчья, которыя произошли по неосторожности самого рабочаго, не могли подлежать вознагражденію со стороны предпринимателя, но также и тѣ увѣчья, которыя произошли вслѣдствіе какой-либо случайности, безъ прямой вины съ той или другой стороны. Между тѣмъ значительная часть несчастныхъ случаевъ относится именно къ этой группѣ—къ группѣ случайныхъ увѣчій, связанныхъ съ общимъ рискомъ, свойственнымъ каждой профессіи. Это первый крупный недостатокъ дѣйствовавшаго до 1903 г. порядка. Другой не менѣе важный недостатокъ заключался въ томъ, что предприниматели имѣли право входить съ рабочими въ частныя сдѣлки по поводу увѣчій и, пользуясь экономическимъ давленіемъ, сводить вознагражденіе до ничтожной суммы. Прибавимъ еще сюда крайнюю пестроту въ оцѣнкѣ увѣчій со стороны судовъ, не имѣвшихъ въ своихъ рукахъ никакихъ закономъ установленныхъ нормъ для опредѣленія размѣровъ вознагражденія, сложность судебной волокиты, дѣлавшей рабочаго жертвой всякихъ подпольныхъ адвокатовъ,—и неудовлетворительность примѣненія общегражданскаго уложенія къ вопросу о вознагражденіи увѣчій станетъ вполнѣ очевидной.

Законъ 2 іюня 1903 г. былъ въ этомъ отношеніи крупнымъ шагомъ впередъ. Онъ устранилъ если не всѣ, то главнѣйшіе недостатки прежняго положенія дѣла. Въ основу его положенъ принципъ, на которомъ былъ построенъ цѣлый рядъ подобныхъ законовъ въ Западной Европѣ. Принципъ этотъ—отвѣтственность предпринимателя за профессіональный рискъ. Случайность несчастія уже не освобождаетъ предпринимателя отъ обязанности вознаградить рабочаго, такъ какъ совокупность всѣхъ возможныхъ случайностей и составляетъ профессіональный рискъ предпріятія. Съ другой стороны, законъ 2 іюня 1903 г. призналъ недѣйствительными всякія частныя сдѣлки, клонящіяся къ умаленію правъ рабочихъ на вознагоажденіе. Новый законъ не лишенъ, однако, и довольно существенныхъ недостатковъ, но о нихъ умѣстнѣе будетъ сказать ниже, послѣ краткаго ознакомленія съ содержаніемъ закона.

Основную часть закона 2 іюня 1903 г. составляютъ «Правила о вознагражденіи потерпѣвшихъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ рабочихъ и служащихъ, а равно чле-

новъ ихъ семействъ въ предпріятіяхъ фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности»[1]).

Ст. 1 возлагаетъ на владѣльцевъ предпріятій фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности обязанность вознаграждать на основаніи даннаго закона «рабочихъ, безъ различія ихъ пола и возраста, за утрату долѣе, чѣмъ на три дня, трудоспособности отъ тѣлеснаго поврежденія, причиненнаго имъ работами по производству предпріятія или происшедшаго вслѣдствіе таковыхъ работъ».

Въ этой статьѣ слѣдуетъ обратить вниманіе на слѣдующіе пункты. Во-первыхъ, законъ распространяется только на фабричную и горную промышленность, и, слѣдовательно, изъ-подъ дѣйствія его изъяты ремесленныя, сельскохозяйственныя, торговыя, желѣзнодорожныя и пароходныя предпріятія. Далѣе законъ не даетъ точнаго опредѣленія понятія «несчастный случай». Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшающей инстанціей по опредѣленію этого понятія является судъ. Какъ мы увидимъ ниже изъ лекцій А. *Вит'а*, и западноевропейское законодательство уклоняется отъ точнаго опредѣленія этого понятія. Наконецъ ст. 1 требуетъ наличности «тѣлеснаго поврежденія», чѣмъ исключаются изъ дѣйствія закона профессіональныя болѣзни, при которыхъ «поврежденія» въ тѣсномъ смыслѣ слова обыкновенно не бываетъ.

Ст. 2 закона освобождаетъ предпринимателя отъ обязанности вознаграждать потерпѣвшаго въ томъ случаѣ, если предприниматель «докажетъ, что причиною несчастнаго случая былъ злой умыселъ самого потерпѣвшаго или грубая неосторожность его, не оправдываемая условіями и обстановкою производства работъ». Ст. 4 признаетъ недѣйствительными всякія предшествовавшія несчастному случаю соглашенія, клонящіяся къ ограниченію права на вознагражденіе или размѣровъ послѣдняго.

Вознагражденіе потерпѣвшихъ производится въ видѣ пособій и пенсій (ст. 5). Пособія назначаются со дня несчастнаго случая по день возстановленія работоспособности или до момента признанія утраты ея постоянною. Пособіе равняется половинѣ дѣйствительнаго заработка (ст. 6). Пенсіи назначаются въ случаяхъ постоянной утраты работоспособности въ размѣрѣ $^2/_3$ годового заработка при полной потерѣ работоспособности и въ соотвѣтственно меньшемъ размѣрѣ при меньшемъ пониженіи работоспособности (ст. 7).

Въ медицинскомъ отношеніи особое значеніе имѣетъ ст. 10 закона: «Независимо отъ вознагражденія, указаннаго въ ст. 5, владѣлецъ предпріятія, если потерпѣвшій не пользовался отъ него безплатной врачебной помощью, обязанъ возмѣщать потерпѣвшему расходы по леченію впредь до излеченія или до прекращенія леченія. Возмѣщеніе это опредѣляется по разсчету платы, взимаемой въ мѣстныхъ больницахъ (казенныхъ, городскихъ и земскихъ)». По смыслу этой статьи предприниматель обязанъ доставлять потерпѣвшему медицинскую помощь либо натурой, либо въ видѣ денежнаго пособія. Однако потерпѣвшему предоставляется **право выбора** между натуральной и денежной помощью, такъ какъ нигдѣ въ законѣ не сказано, чтобы рабочій **обязанъ** былъ лечиться въ фабричной больницѣ или у фабричнаго врача. Пострадавшій, слѣдова-

[1]) См. Приложеніе къ ст. 156[19] уст. о промышл.

тельно, можетъ лечиться гдѣ угодно, получая на леченіе пособіе въ размѣрѣ, указанномъ статьей 10-й.

«Въ случаѣ смерти потерпѣвшаго, послѣдовавшей немедленно за несчастнымъ случаемъ или во время леченія тѣлеснаго поврежденія, или же не позднѣе двухъ лѣтъ со дня несчастнаго случая, если леченіе было прекращено ранѣе, владѣлецъ предпріятія обязанъ: a) уплатить, по принадлежности, на погребеніе умершаго: 30 рублей для взрослаго и подростка и 15 р. для малолѣтняго и b) выдавать пенсіи членамъ семейства умершаго» (ст. 11). Вдова получаетъ пожизненно или до вступленія въ бракъ пенсію въ размѣрѣ $^1/_3$ годового содержанія умершаго; дѣти до 15 лѣтъ—каждое по $^1/_6$, круглые сироты—по $^1/_4$ (ст. 12). Но общая совокупность пенсій наслѣдникамъ умершаго не должна превышать $^2/_3$ годового заработка (ст. 15).

«Годовое содержаніе», играющее роль основной величины при вычисленіи пенсіи, опредѣляется согласно § 16 слѣдующимъ образомъ: «сумма, дѣйствительно заработанная потерпѣвшимъ въ теченіе года, предшествовавшаго дню несчастнаго случая... дѣлится на число дней, проведенное потерпѣвшимъ въ томъ же году на работѣ, ...и полученный такимъ образомъ средній поденный заработокъ помножается на 260». Такой способъ вычисленія даетъ въ большинствѣ случаевъ сумму ниже дѣйствительнаго заработка, ибо число рабочихъ дней обыкновенно болѣе 260 въ году. Ст. 17 предоставляетъ рабочему право требовать повышенія указанной суммы до размѣровъ дѣйствительнаго заработка.

Громадное практическое значеніе имѣетъ вопросъ о томъ, въ какомъ видѣ выдается потерпѣвшему вознагражденіе—въ формѣ ли единовременнаго пособія или ежегодной ренты. Не останавливаясь подробно на этомъ вопросѣ, укажемъ только, что для рабочихъ несомнѣнно выгоднѣе система рентъ, хотя каждый пострадавшій въ отдѣльности предпочитаетъ получить сразу единовременное вознагражденіе. Законъ 2 іюня 1903 г. въ этомъ смыслѣ существенно нарушаетъ интересы рабочихъ. Ст. 19 допускаетъ «по взаимному соглашенію сторонъ» замѣну пенсій единовременной выдачей. Размѣры этой выдачи исчисляются такимъ образомъ, что сумма причитающейся пострадавшему пенсіи помножается на 10. Какъ показываетъ практика страховыхъ обществъ, капитализація пенсіи изъ 10-кратнаго годового заработка приблизительно на 40—60% ниже дѣйствительной, и, слѣдовательно, рабочій не дополучаетъ 40—60% причитающагося ему вознагражденія. Конечно, излишне добавлять, что случаи выдачи пенсій сдѣлались у насъ большой рѣдкостью. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ увѣчья вознаграждаются единовременными выдачами.

Ст. ст. 20—25 трактуютъ о порядкѣ регистраціи несчастныхъ случаевъ, составленія протоколовъ и извѣщенія о нихъ ближайшихъ властей. Содержаніе этихъ статей будетъ нами подробно изложено въ приложеніи ко второй лекціи, такъ какъ статьи эти имѣютъ непосредственное отношеніе къ темѣ этой лекціи.

Для составленія требуемыхъ закономъ медицинскихъ свидѣтельствъ каждая изъ сторонъ имѣетъ право приглашать уѣзднаго, городового или полицейскаго врача (ст. 28), которые, очевидно, должны давать эти свидѣтельства безвозмездно. Послѣднее обстоятельство, а также то, что многіе изъ этихъ врачей служатъ въ промышленныхъ заведеніяхъ и страховыхъ обществахъ, въ значитель-

ной степени затрудняютъ на практикѣ экспертизу по увѣчнымъ дѣламъ.

Добровольныя соглашенія между потерпѣвшимъ и предпринимателемъ санкціонируются фабричнымъ инспекторомъ, причемъ послѣдній обязанъ провѣрять соотвѣтствіе условій соглашенія требованіямъ закона. Засвидѣтельствованное соглашеніе признается равносильнымъ мировой сдѣлкѣ, заключенной на судѣ (ст. 31). При несогласіи одной изъ сторонъ на добровольное соглашеніе дѣло переходитъ къ суду. Для предъявленія исковъ о назначеніи вознагражденія полагается двухлѣтній срокъ (ст. 36).

Разъ выданное единовременное вознагражденіе не можетъ быть ни увеличено, ни уменьшено,—какія бы измѣненія въ состояніи здоровья потерпѣвшаго ни произошли. Напротивъ, при назначеніи пенсіи обѣ стороны въ теченіе трехъ лѣтъ могутъ требовать медицинскаго переосвидѣтельствованія для опредѣленія состоянія трудоспособности потерпѣвшаго, съ цѣлью измѣненія присужденной пенсіи (ст. 45). Статья эта большого практическаго значенія не имѣетъ, такъ какъ пенсіи, какъ мы уже указали выше, назначаются у насъ очень рѣдко [1]).

Мы обходимъ молчаніемъ цѣлый рядъ статей, трактующихъ объ обезпеченіи пенсій при ликвидаціи промышленнаго предпріятія. Приведемъ только текстъ еще одной статьи (52), создающей условія для перехода отъ закона 2 іюня къ страхованію рабочихъ. Ст. 52 гласитъ: «Владѣльцы предпріятій, страхующіе рабочихъ и служащихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ въ дѣйствующихъ въ Россіи страховыхъ обществахъ и учрежденіяхъ на условіяхъ, не менѣе благопріятныхъ для потерпѣвшихъ и членовъ ихъ семействъ, чѣмъ предусмотрѣнныя настоящими правилами, освобождаются отъ возлагаемыхъ на нихъ послѣдними обязанностей. Обязанности эти переносятся въ такихъ случаяхъ на означенныя общества и учрежденія, къ коимъ и предъявляются иски объ исполненіи сихъ обязанностей».

Таковъ въ общихъ чертахъ законъ 2 іюня 1903 г. Мы не имѣемъ возможности подробно останавливаться на его недостаткахъ. Ограничимся перечисленіемъ только главнѣйшихъ изъ нихъ.

1. Кругъ рабочихъ, на которыхъ распространяется законъ, слишкомъ узокъ; внѣ его остается большая часть лицъ, живущихъ наемнымъ трудомъ.

2. Принципъ отвѣтственности предпринимателей за профессіональный рискъ проведенъ въ немъ не вполнѣ, такъ какъ, съ одной стороны, законъ не вознаграждаетъ профессіональныхъ болѣзней, а съ другой — исключаетъ случаи такъ назыв. грубой неосторожности, понятіе которой допускаетъ на практикѣ распространительное толкованіе.

3. Законъ слишкомъ легко мирится съ замѣной пенсіи единовременнымъ пособіемъ, и слишкомъ низко оцѣниваетъ капитализацію пенсіи.

4. Законъ отступаетъ отъ обще-гражданскаго понятія о возмѣщеніи убытковъ, такъ какъ опредѣляетъ полную пенсію равной

[1]) Такъ, напр., въ текстильной промышленности въ Петербургѣ за время 1904—1907 г. было выдано единовременныхъ вознагражденій на сумму 265.396 р., пенсій же только—на 4215 р. (см. «Къ предстоящему страхованію рабочихъ». Спб. 1909, стр. 40).

не полному заработку, а лишь $^2/_3$ его. Кромѣ того исчисленіе годового заработка помноженіемъ дневного заработка на 260 явно невыгодно для рабочихъ.

5. Законъ не уничтожаетъ необходимости рабочаго прибѣгать къ общимъ судебнымъ установленіямъ и не избавляетъ его такимъ образомъ отъ всѣхъ неудобствъ и затрудненій веденія гражданскаго процесса.

6. Законъ не обезпечиваетъ въ достаточной степени надлежащаго леченія потерпѣвшаго, такъ какъ выдаваемое во время болѣзни пособіе слишкомъ низко, чтобы рабочій могъ спокойно довести до конца леченіе.

Въ заключеніе приведемъ нѣсколько статистическихъ данныхъ, характеризующихъ практику примѣненія закона 2 іюня [1]). Въ 1906 г. всѣхъ несчастныхъ случаевъ, дающихъ право на пенсію, зарегистрировано 10.727. Изъ нихъ окончилось соглашеніемъ 9760; въ остальныхъ соглашенія не достигнуто, т. е. та или другая сторона обратилась къ суду. 9720 случаевъ, окончившихся соглашеніемъ, распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	Смертельный исходъ.	Полная постоянная инвалидность.	Частичная постоянная инвалидность.
Число случаевъ	228	46	9446
Среднiй заработокъ потерпѣвшаго	257 р. 50 к.	328 р. — к.	335 р.
Средняя пенсія на одинъ случай	121 » 40 »	213 » — »	27 »
$^2/_3$ средняго заработка	171 » 66 »	218 » 60 »	—

Изъ сравненія двухъ послѣднихъ строкъ видно, что на практикѣ пенсіи были ниже, чѣмъ нормы закона 1903 г.

Вся сумма расходовъ, понесенныхъ фабрично-заводской промышленностью по исполненію закона 2 іюня, равнялась въ 1906 г. приблизительно 3.800.000 р. Въ среднемъ на 1 рабочаго тратилось 2 р. 20 к., а по отношенію къ суммѣ заработной платы расходъ составляетъ 1,1%. Въ Германіи въ 1905 г. на 1 застрахованнаго тратилось 8,4 марки (3 р. 86 к.), а по отношенію къ заработной платѣ расходъ составлялъ 4,8% [2]).

Законъ 2 іюня 1903 г. въ ближайшемъ будущемъ, вѣроятно, уступитъ свое мѣсто государственному страхованію отъ несчастныхъ случаевъ, проектъ котораго уже внесенъ правительствомъ въ Государственную Думу. Предполагаемое у насъ страхованіе близко подходитъ къ германскому образцу, представляя все-таки нѣкоторыя отступленія отъ него, въ большинствѣ случаевъ невыгодныя для рабочихъ. Такъ, у насъ предполагается сохранить обычный судебный порядокъ для разрѣшенія споровъ по увѣчнымъ дѣламъ, совершенно исключается участіе рабочихъ въ страхованіи и пр. Подробнѣе останавливаться на правительственномъ законопроектѣ здѣсь, однако, не мѣсто.

[1]) Цифры заимств. нами изъ книги А. Н. Быкова «Фабричное законодательство и развитіе его въ Россіи». Спб. 1909, стр. 243.

[2]) Эти цифры вычислены по даннымъ, приводимымъ въ «Объяснит. запискѣ къ проекту страх. рабоч. отъ несч. случ.» отъ 25 іюня 1908 г.

II Лекція.

Обязанности врача, впервые приглашеннаго на мѣсто несчастнаго случая. — Извѣщеніе о несчастномъ случаѣ. — Понятія: «несчастный случай» и «профессіональный несчастный случай». — Разграниченіе понятій несчастнаго случая и профессіональной болѣзни, профессіональнаго несчастнаго случая и несчастнаго случая вообще. — Заполненіе регистраціоннаго бланка. — Научныя задачи врача, оказывающаго первую помощь. (Приложеніе. Извѣщеніе о несчастныхъ случаяхъ по дѣйствующимъ въ Россіи законамъ).

Познакомившись съ основными положеніями закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ, мы постараемся теперь точнѣе опредѣлить то положеніе, какое долженъ, согласно закону и практикѣ его примѣненія, занимать врачъ, призванный содѣйствовать проведенію этого закона въ жизнь. Обязанности врача могутъ здѣсь быть трехъ родовъ. Прежде всего врачъ, по крайней мѣрѣ въ крупныхъ центрахъ и въ большихъ предпріятіяхъ, является для оказанія первой помощи пострадавшему. Затѣмъ тотъ же врачъ или какой-либо другой по выбору пострадавшаго или занимающій соотвѣтствующую должность — ведетъ леченіе пострадавшаго. Наконецъ врачъ долженъ дать заключеніе о состояніи здоровья потерпѣвшаго, о вѣроятномъ теченіи и исходѣ болѣзни о зависимости между имѣющимся разстройствомъ здоровья и бывшимъ несчастнымъ случаемъ и наконецъ о степени пониженія работоспособности пострадавшаго. Такимъ образомъ врачебная дѣятельность при проведеніи страхованія отъ несчастныхъ случаевъ распадается на слѣдующія три части:

1) оказаніе первой помощи пострадавшему,
2) леченіе пострадавшаго и
3) экспертиза.

Въ настоящей лекціи мы займемся обязанностями *впервые явившагося на мѣсто несчастія* врача, — тѣми обязанностями, которыя возлагаются на него съ одной стороны закономъ, съ другой — наукой.

Австрійскій законъ (§ 29 и 31) требуетъ, чтобы о каждомъ *профессіональномъ* несчастномъ случаѣ, имѣвшемъ послѣдствіемъ смерть кого-либо изъ занятыхъ въ производствѣ лицъ или такое тѣлесное поврежденіе, которое ведетъ къ смерти или къ потерѣ работоспособности не менѣе какъ на 3 дня, предприниматель дѣлалъ письменное сообщеніе ближайшимъ властямъ въ теченіе пятидневнаго срока [1]). Для этого сообщенія установленъ особый бланкъ, на которомъ между, прочимъ, имѣются слѣдующіе вопросы:

---

[1]) Законъ 2 іюня 1903 г. требуетъ немедленнаго (безъ точнаго обозначенія срока) извѣщенія полиціи и фабричнаго инспектора о всякомъ несчастномъ случаѣ, подходящемъ подъ дѣйствіе закона 2 іюня, т. е. имѣющемъ слѣдствіемъ потерю трудоспособности болѣе чѣмъ на 3 дня (ст. 20). Прим. перев.

a) Какое повреждениіе получено пострадавшимъ?

b) Повелъ ли несчастный случай непосредственно къ смерти, а если нѣтъ, то нельзя ли съ вѣроятностью ожидать такого исхода въ будущемъ?

c) Если на вопросъ b) данъ отрицательный отвѣтъ, то спрашивается, не послѣдуетъ ли за несчастнымъ случаемъ полная или частичная потеря работоспособности на срокъ болѣе 4 недѣль?

d) Если на вопросъ c) данъ положительный отвѣтъ, то спрашивается, нельзя ли ожидать длительной потери всей работоспособности или части ея?

На эти вопросы долженъ по возможности отвѣтить врачъ.

Германскій законъ (§ 63) требуетъ только, чтобы предприниматель письменно сообщалъ о всякомъ несчастномъ случаѣ, вызвавшемъ смерть застрахованнаго лица или такое повреждениіе, которое можетъ повести къ смерти или обусловить потерю работоспособности (всей или части) на срокъ болѣе 3 дней.

Здѣсь умѣстно будетъ дать опредѣленіе понятій «несчастный случай» и «профессіональный несчастный случай» (Betriebsunfall) и разграничить понятіе «несчастный случай» отъ понятія болѣзни, равно какъ понятіе профессіональнаго несчастнаго случая отъ понятія профессіональной болѣзни. Опредѣлить эти понятія важно, во-первыхъ, потому, что законъ такого опредѣленія не даетъ, а, во-вторыхъ, потому, что врачу необходимо умѣть дифференцировать несчастный случай отъ профессіональной болѣзни. Затѣмъ, какъ мы далѣе увидимъ, врачъ долженъ умѣть отличать профессіональные несчастные случаи отъ несчастныхъ случаевъ непрофессіональнаго характера.

L. Feilchenfeld опредѣляетъ несчастный случай слѣдующимъ образомъ: «Несчастный случай есть физическое или психическое повреждениіе, вызванное случайнымъ, внезапнымъ и внѣшнимъ происшествіемъ и влекущее за собой — при участіи извѣстныхъ индивидуальныхъ особенностей или субъективныхъ представленій пострадавшаго — ограниченіе или полную потерю работоспособности, а также рядъ стойкихъ, иногда лишь позднѣе обнаруживающихся послѣдствій».

«Руководство по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ», изданное членами имперскаго страхового бюро въ Германіи, считаетъ необходимымъ аттрибутомъ несчастнаго случая, чтобы «пострадавшій — все равно, подъ вліяніемъ ли внѣшняго повреждения или органическаго заболѣванія — потерпѣлъ разстройство физическаго или психическаго здоровья, т. е. тѣлесное повреждениіе или смерть, и чтобы это разстройство здоровья было вызвано внезапнымъ событіемъ, т. е. событіемъ, совершившимся въ опредѣленный, сравнительно короткій промежутокъ времени и ведущимъ — хотя бы путемъ медленныхъ измѣненій здоровья — къ смерти или потерѣ работоспособности». При этомъ не требуется, чтобы разстройство физическаго или психическаго здоровья было вызвано исключительно несчастнымъ случаемъ; достаточно, если несчастный случай является одною изъ причинъ, обусловившихъ заболѣваніе, повреждениіе или смерть (Thiem).

На практикѣ не всегда возможно доказать «внезапность» того происшествія, которое въ качествѣ несчастнаго случая повело къ разстройству здоровья; впрочемъ это и не всегда необходимо. Такъ,

имперское страховое бюро въ Германіи неоднократно разъясняло, что внезапнымъ можно считать всякое событіе, совершившееся въ опредѣленный, сравнительно короткій промежутокъ времени—опредѣленіе, которое даетъ и упомянутое выше «Руководство по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ». Такимъ «короткимъ промежуткомъ времени» является самое большое одинъ рабочій періодъ, не прерываемый слишкомъ длинными паузами. Но во всякомъ случаѣ, чтобы признать «несчастный случай», необходимо установить наличность «происшествія», «событія». Если, напр., рабочій вслѣдствіе условій работы принужденъ безпрерывно пронировать предплечіе и если на этой почвѣ у него развивается tenosynitis m-li pronator teres или другихъ мышцъ, то такое заболѣваніе нельзя разсматривать, какъ поврежденіе, и вызвавшія его причины, какъ несчастный случай. Если же, напротивъ, тотъ же рабочій при однократной попыткѣ отвинтить тугой винтъ получитъ растяженіе пронатора, такъ что вслѣдствіе боли въ мышцѣ онъ не будетъ въ состояніи работать или же работа будетъ для него очень трудна, то здѣсь передъ нами будетъ происшествіе, событіе—именно отвинчиваніе винта—и мы должны будемъ признать здѣсь несчастный случай, хотя бы растяженіе дало себя знать и не сразу, а въ видѣ постепенно усиливающейся болѣзненности.

Такимъ образомъ разстройство здоровья, возникшее внезапно или явившееся слѣдствіемъ какого-либо происшествія, мы противопоставляемъ болѣзни, развившейся постепенно и незамѣтно при исполненіи обычной работы. Къ послѣдней категоріи относятся многочисленныя болѣзни, типичныя для отдѣльныхъ профессій и получившія поэтому названіе профессіональныхъ. Болѣзни эти вызываются продолжительнымъ вдыханіемъ пыли и ядовитыхъ газовъ, работой съ ядовитыми матеріалами или въ высокой температурѣ, быстрой смѣной температуры, продолжительнымъ пребываніемъ въ испорченномъ воздухѣ, механическими поврежденіями, напр. рукъ (образованіе мозолей, контрактуръ), однообразными движеніями или неправильнымъ положеніемъ тѣла, частымъ физическимъ перенапряженіемъ и пр. Въ настоящее время ни въ Австріи, ни въ Германіи профессіональныя болѣзни не являются объектомъ страхованія отъ несчастныхъ случаевъ; въ нѣкоторыхъ странахъ (Швейцарія, Англія) болѣзни, пріобрѣтенныя благодаря работѣ, т. е. благодаря профессіональному риску, приравниваются къ несчастнымъ случаямъ. Къ тому же стремятся въ настоящее время во Франціи [1]. Напротивъ, какъ въ Австріи, такъ и въ Германіи инфекціонныя болѣзни, пріобрѣтенныя во время работы (главнымъ образомъ сибирская язва и рожа), приравниваются къ профессіональнымъ несчастнымъ случаямъ. Въ дальнѣйшемъ мы еще вернемся какъ къ профессіональнымъ болѣзнямъ, такъ и къ наиболѣе частымъ и важнымъ въ практическомъ отношеніи травматическимъ заболѣваніямъ.

Кромѣ усиленнаго напряженія, выходящаго изъ рамокъ обычныхъ условій профессіональной работы, несчастный случай можетъ произвести еще механическое дѣйствіе (толчокъ, ушибъ, давленіе, паде-

---

[1]) Въ Россіи профессіональныя болѣзни приравниваются къ несчастнымъ случаямъ только на казенныхъ горныхъ заводахъ и рудникахъ (правила 15 мая 1901 г.). Прим. перев.

ніе, порѣзъ, уколъ, проникновеніе инороднаго тѣла и пр.), термическое (огонь, вода, жаръ, холодъ), электрическое (ударъ молніи, электрическій разрядъ), токсическое (ядъ, укусъ насѣкомаго, ужаленіе змѣи и пр.) или же комбинированное дѣйствіе двухъ или нѣсколькихъ факторовъ (напр. механо-термическое дѣйствіе холодной или горячей водяной струи, механо-токсическое дѣйствіе при уколѣ заржавленнымъ желѣзомъ или укусѣ бѣшеной собакой, электро-термическое дѣйствіе при ударѣ молніи, разрядѣ тока высокаго напряженія). Наконецъ, несчастный случай можетъ произвести и психотравматическое дѣйствіе (возбужденіе). Такъ назыв. «перенапряженіе» (необычное напряженіе) можно, по мнѣнію С. Kaufmann'a, признать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рабочій производитъ хотя доступную для него по тяжести работу, но при условіяхъ исключительно неблагопріятныхъ, или же когда напряженіе не соотвѣтствуетъ возрасту, тѣлосложенію и общему состоянію здоровья рабочаго. Напротивъ, перенапряженіе приходится отвергнуть, если рабочій производилъ хотя и тяжелую, но привычную для него работу, или если при подъемѣ тяжести онъ имѣлъ возможность немедленно и безъ препятствій опустить ее на землю, далѣе если рабочій спеціально занимается переноской тяжести и поднятая тяжесть не слишкомъ велика и въ то же время отсутствуютъ и другіе неблагопріятные моменты и, наконецъ, если при работѣ, которая требуетъ большого количества рабочихъ рукъ, число рабочихъ было не ниже обычнаго.

Точное знаніе границы между несчастными случаями и болѣзнями вообще и между профессіональными несчастными случаями и профессіональными болѣзнями въ частности имѣетъ большое значеніе, такъ какъ многія лица, застрахованныя отъ несчастныхъ случаевъ,—и притомъ не одни только рабочіе, — очень склонны относить къ послѣдствіямъ несчастныхъ случаевъ такія заболѣванія, которыя существовали у нихъ до несчастнаго случая или возникли вслѣдствіе только воображаемаго несчастнаго случая. Точно также врачу не всегда легко отвѣтить на вопросъ, ухудшилось ли подъ вліяніемъ несчастнаго случая заболѣваніе, существовавшее уже раньше. Какъ извѣстно, практика третейскихъ судовъ и общихъ судебныхъ учрежденій въ этомъ вопросѣ весьма благопріятна для застрахованныхъ, такъ какъ возможность ухудшенія болѣзни подъ вліяніемъ травмы обыкновенно признается судами; напомню хотя бы нерѣдкіе случаи, когда апоплексія у артеріосклеротика приписывается перенапряженію, кровохарканіе у чахоточнаго объясняется чрезмѣрной работой, травматическая грыжа—поднятіемъ тяжести и пр. Врачъ, который очень хорошо знаетъ, что подобныя явленія могутъ имѣть мѣсто и внѣ работы, при полномъ покоѣ, даже въ постели, не можетъ, однако, никогда съ увѣренностью отрицать зависимость этихъ явленій отъ несчастнаго случая или отъ перенапряженія, конечно, если таковые имѣли мѣсто, ибо апоплексія, кровохарканіе, грыжа и пр., появляющіяся при нормальной работѣ, не могутъ быть квалифицированы, какъ послѣдствія несчастнаго случая. Къ этому вопросу мы еще вернемся въ настоящей лекціи.

Законъ страхуетъ рабочихъ только «отъ послѣдствій тѣхъ несчастныхъ случаевъ, которые произошли **при работѣ**». Поэтому недостаточно доказать, что имѣющееся на-лицо поврежденіе вызвано несчастнымъ случаемъ: надо еще доказать, что несчастный случай произошелъ при работѣ, что это былъ **профессіональный** не-

счастный случай. Вы спросите меня, относится ли такое дифференцированіе къ обязанностямъ врача? Говоря вообще—не относится, но все-таки на практикѣ врачу приходится отвѣчать на указанный вопросъ довольно часто. Обыкновенно извѣщеніе о несчастномъ случаѣ пишетъ кассовый врачъ, а такъ какъ для всѣхъ заинтересованныхъ лицъ и учрежденій—для самого пострадавшаго и для кассы, и для страхового учрежденія—очень важно знать, является ли данный несчастный случай профессіональнымъ или нѣтъ, то ошибка въ оцѣнкѣ несчастнаго случая можетъ причинить врачу нѣкоторыя непріятности. Поэтому я считаю умѣстнымъ остановиться на наиболѣе важныхъ критеріяхъ для отличія профессіональнаго несчастнаго случая отъ непрофессіональнаго.

Прежде всего укажемъ на отличіе профессіональныхъ несчастныхъ случаевъ, которые, кстати сказать, не слѣдуетъ отожествлять съ несчастными случаями «во время работы», отъ несчастныхъ случаевъ, встрѣчающихся въ обыденной жизни. Если, напр., рабочій, идя на работу, поскользнулся и упалъ на лѣстницѣ, ведущей въ мастерскую, то это должно разсматриваться какъ профессіональный несчастный случай. Если же рабочій упалъ, соскакивая съ трамвая, на которомъ онъ пріѣхалъ на работу, то это будетъ уже непрофессіональный несчастный случай; впрочемъ практика нѣкоторыхъ болѣе снисходительныхъ страховыхъ учрежденій относитъ къ числу профессіональныхъ и тѣ несчастные случаи, которымъ рабочій подвергается по дорогѣ на работу или съ работы домой. Австрійскій проектъ (§ 172, отд. 2) содержитъ слѣдующее опредѣленное постановленіе: «Къ профессіональнымъ несчастнымъ случаямъ слѣдуетъ отнести и несчастные случаи, которымъ рабочій подвергается при такихъ домашнихъ или другихъ какихъ-либо дѣйствіяхъ, которыя онъ производитъ р я д о м ъ со своими обычными занятіями въ самомъ производствѣ и притомъ по порученію предпринимателя или отъ его имени или по приказанію служащаго предпріятія, къ которому застрахованный находится въ подчиненныхъ отношеніяхъ». Само собою разумѣется, что если рабочій, исполняющій обязанности разносчика, поскользнется и упадетъ на улицѣ при исполненіи какого-либо порученія хозяина, то это будетъ считаться профессіональнымъ несчастнымъ случаемъ. Если то же несчастіе случится, напр., съ монтеромъ, для котораго подобное порученіе является исключительнымъ, то рѣшеніе вопроса будетъ на первый взглядъ казаться не столь легкимъ. Но не подлежитъ сомнѣнію, что и исполненіе такого исключительнаго порученія, разъ оно совершается въ интересахъ промышленнаго заведенія и по приказанію кого-либо изъ фабричной администраціи, должно быть причислено къ производственной дѣятельности рабочаго, а потому и несчастный случай во время этой дѣятельности долженъ быть отнесенъ къ профессіональнымъ несчастнымъ случаямъ. Съ другой стороны, совершенно очевидно, что если тотъ же монтеръ во время перерыва выйдетъ на улицу, чтобы подышать свѣжимъ воздухомъ, и подвергнется тамъ какому-либо несчастному случаю, то это не будетъ профессіональный несчастный случай. Имперское страховое бюро въ Германіи въ одномъ случаѣ, гдѣ мастеръ велосипедной фабрики пострадалъ при пробѣ автомобиля въ воскресный день, причемъ онъ посѣтилъ на немъ нѣсколько частныхъ домовъ,—признало наличность профессіональнаго несчастнаго случая, вопреки рѣшенію какъ промысловаго то-

варищества, такъ и третейскаго суда. Чтобы облегчить себѣ отличіе профессіональныхъ несчастныхъ случаевъ отъ непрофессіональныхъ нужно, какъ справедливо совѣтуетъ Thiem, строго обращать вниманіе на причинную связь между несчастнымъ случаемъ и производствомъ.

Опасности обыденной жизни не должны приниматься въ разсчетъ, поскольку производство не увеличиваетъ ихъ существеннымъ образомъ. Если—говоритъ Thiem—человѣкъ падаетъ на ровномъ мѣстѣ и ломаетъ себѣ ногу, то здѣсь мы имѣемъ опасность обыденной жизни; если же онъ поскользнется въ валяльномъ отдѣленіи фабрики, гдѣ полъ облитъ мыльнымъ растворомъ, то это будетъ профессіональный несчастный случай. Инфекція, возникшая вслѣдствіе укуса насѣкомаго должна считаться профессіональнымъ несчастнымъ случаемъ, разъ дѣло идетъ о рабочемъ, работающемъ въ лѣсу вблизи отъ болотъ, ибо здѣсь опасность зараженія отъ укуса насѣкомаго значительно больше, чѣмъ гдѣ-нибудь на постройкѣ въ городѣ. Ударъ молніи при работѣ на мельницѣ, расположенной изолированно на возвышенной мѣстности, долженъ быть причисленъ къ профессіональнымъ несчастнымъ случаямъ; напротивъ, при работѣ въ подвалѣ опасность пораженія молніей не больше, чѣмъ въ обыденной жизни. Если—продолжаетъ Thiem—человѣкъ подвергается солнечному или тепловому удару вслѣдствіе того, что онъ принужденъ напряженно работать въ жаркій день на открытомъ мѣстѣ, то это квалифицируется, какъ профессіональный несчастный случай; если же эти предрасполагающія условія отсутствуютъ, то мы имѣемъ передъ собой обычный, непрофессіональный несчастный случай.

Въ томъ же духѣ состоялось постановленіе третейскаго суда при Нижне-Австрійскомъ страховомъ учрежденіи по поводу одного случая, описаніе котораго я считаю нелишнимъ здѣсь привести.

Чернорабочій I. P. былъ занятъ 28 декабря 1892 г. колкой льда на Дунаѣ. Въ 9 часовъ утра онъ отправился въ гостиницу завтракать, причемъ уже въ это время ощущалъ какое-то странное чувство въ пальцахъ рукъ. Послѣ перерыва онъ снова принялся за работу и работалъ до сумерекъ. Когда онъ возвратился домой, у него оказались опухшими пальцы, а на слѣдующій день въ больницѣ, куда онъ обратился, у него было констатировано отмороженіе пальцевъ обѣихъ рукъ. Страховое учрежденіе отказало пострадавшему въ вознагражденіи на томъ основаніи, что отмороженіе пальцевъ должно считаться въ данномъ случаѣ профессіональной болѣзнью, т. е. заболѣваніемъ, вызваннымъ занятіемъ потерпѣвшаго (колкой льда).

Въ жалобѣ, поданной пострадавшимъ, послѣдній объяснялъ отмороженіе пальцевъ паденіемъ на ледъ и прикосновеніемъ пальцевъ къ ледяной поверхности или же сильнымъ холодомъ, наступившимъ 28 декабря 1892 года. Полагая, что и въ томъ, и въ другомъ случаѣ отмороженіе должно быть разсматриваемо какъ профессіональный несчастный случай, I. P. требовалъ уплаты ему за все время болѣзни 60% ренты, причемъ свой годовой заработокъ опредѣлялъ въ 840 кронъ.

Въ своемъ возраженіи на эту жалобу страховое учрежденіе указывало, что въ данномъ случаѣ нѣтъ существенныхъ признаковъ профессіональнаго несчастнаго случая, и что такъ какъ при колкѣ льда невозможно избѣжать ни прикосновенія ко льду, ни вообще холода, то заболѣваніе I. P. должно разсматриваться, какъ профессіональная болѣзнь.

Судъ, основываясь на вполнѣ правдоподобныхъ показаніяхъ пострадавшаго и на мнѣніи экспертовъ, призналъ доказаннымъ, что отмороженіе пальцевъ у I. P. произошло во время работы 28 декабря 1892 г. вслѣдствіе воздѣйствія сильнаго холода. Это происшествіе необходимо считать профессіональнымъ несчастнымъ случаемъ по слѣдующимъ основаніямъ. Во-первыхъ, рабочій, занятый колкой льда, подвергнутъ опасности отмороженія различныхъ частей тѣла въ гораздо большей степени, чѣмъ другіе люди. Во-вторыхъ, колка льда отнюдь не предполагаетъ воздѣйствія на рабочаго чрезмѣрнаго холода. По-

этому дѣйствіе ненормально низкой температуры, необычной для условій даннаго производства, должно разсматриваться въ отношеніи ея вліянія на рабочихъ, занятыхъ въ этомъ производствѣ и тѣмъ самымъ подвергающихся большей опасности отмороженія, какъ «происшествіе при производствѣ», а если оно повело къ поврежденію здоровья,—какъ несчастный случай при производствѣ. Утвержденіе страхового товарищества, что въ данномъ случаѣ имѣется профессіональная болѣзнь, не можетъ быть признано правильнымъ, въ виду свидѣтельскихъ показаній, устанавливающихъ тотъ фактъ, что до сихъ поръ при добываніи льда на Дунаѣ никогда не случалось отмороженій у рабочихъ.

Такъ какъ, по заявленію пострадавшаго, леченіе его болѣзни закончено 26 іюня 1893 г., то за время съ 26 января 1893 г. по 26 іюня 1893 г. ему надлежитъ уплатить 60% ренту, въ основаніе вычисленія которой долженъ быть положенъ указанный потерпѣвшимъ и неопротестованный противной стороной размѣръ годового заработка въ 840 кронъ.

Какъ уже указано выше, профессіональная работа не должна быть обязательно единственной причиной несчастнаго случая; достаточно, если она является одною изъ причинъ. Приведемъ нѣсколько примѣровъ. Lass разсказываетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ у рабочаго - эпилептика во время работы случился припадокъ; рабочій упалъ лицомъ въ горячую золу и лишился глаза. Поврежденіе было квалифицировано, какъ профессіональный несчастный случай, ибо производство въ данномъ случаѣ играло роль одной изъ содѣйствующихъ причинъ.—Телефонный рабочій устанавливалъ телефонъ въ жарко-натопленной комнатѣ; выйдя потнымъ на улицу, гдѣ бушевала снѣжная буря, онъ простудился и заболѣлъ. Черезъ 6 дней у него обнаружились симптомы легочнаго туберкулеза и на 21 день онъ умеръ. Имперское страховое бюро присудило наслѣдникамъ умершаго ренту на томъ основаніи, что работа въ жаркомъ помѣщеніи играла роль одной изъ причинъ, вызвавшихъ смерть.

Pietrzikowski очень мѣтко опредѣляетъ профессіональный несчастный случай, какъ «внезапное или ограниченное короткимъ срокомъ происшествіе, противорѣчащее нормальному ходу производства, но въ то же время стоящее съ нимъ въ связи, и имѣющее вредныя послѣдствія для здоровья и жизни». «Руководство по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ», изданное въ Германіи, опредѣляетъ «производство», какъ «длительную хозяйственную дѣятельность».

Если несчастный случай таковъ, что можно ожидать у пострадавшаго потерю работоспособности болѣе чѣмъ на 3 дня, или,—что на практикѣ встрѣчается чаще,—если врачъ производитъ первое освидѣтельствованіе уже по прошествіи 3 дней послѣ несчастнаго случая, то врачу приходится отвѣтить на указанные выше вопросы, помѣщенные въ бланкахъ для извѣщенія о несчастныхъ случаяхъ.

Первый вопросъ гласитъ:

1) Какое поврежденіе получено пострадавшимъ?

Здѣсь не требуется, чтобы врачъ, впервые изслѣдующій потерпѣвшаго, далъ подробное описаніе поврежденія. Достаточно, если онъ только обозначитъ родъ и характеръ травмы. Не описывая въ деталяхъ найденнаго имъ поврежденія, онъ долженъ лишь охарактеризовать его въ общеупотребительныхъ терминахъ. Для этого онъ долженъ, напр., вмѣсто: «рѣзаная рана руки», писать: «рѣзаная рана лѣвой ладони въ 4 стм. длины съ гладкими краями, проникающая черезъ кожу, подкожную клѣтчатку и мышцы». Онъ не можетъ ограничиться указаніемъ на переломъ правой голени, а долженъ еще отмѣтить, существуетъ ли простой переломъ, или «осложненный»

поврежденіемъ мягкихъ частей. При ушибѣ грудной клѣтки онъ отмѣтитъ, имѣются ли кожные кровоподтеки, и какое они занимаютъ пространство. Нерѣдко врачъ, впервые изслѣдующій потерпѣвшаго, можетъ значительно облегчить задачи послѣдующей экспертизы, отмѣтивъ наличность или отсутствіе какихъ-либо быстро развившихся послѣдствій несчастнаго случая. Особое значеніе это имѣетъ, какъ мы увидимъ ниже, при травматическихъ грыжахъ. Далѣе врачъ, впервые приглашенный на мѣсто несчастнаго случая, долженъ въ краткихъ, но опредѣленныхъ выраженіяхъ установить механизмъ поврежденія, что имѣетъ громадное значеніе для послѣдующей оцѣнки претензій потерпѣвшаго; путемъ подробныхъ распросовъ самого пострадавшаго и его окружающихъ, въ особенности же очевидцевъ происшествія, врачъ долженъ выяснить себѣ внѣшнія условія несчастнаго случая, мѣсто его, предрасполагающіе моменты, долженъ осмотрѣть машину, произведшую травму, мастерскую и пр. Всѣ эти данныя врачъ тутъ же на мѣстѣ записываетъ въ свою записную книжку, такъ какъ впослѣдствіи онъ можетъ быть спрошенъ о всѣхъ этихъ подробностяхъ въ качествѣ свидѣтеля. Врачъ можетъ оказаться въ нѣсколько непріятномъ положеніи, не отвѣчающемъ его званію и интеллигентности, если онъ въ самый важный моментъ забудетъ подробности, которыя онъ долженъ былъ замѣтить во время оказанія первой помощи пострадавшему,— и тѣмъ создастъ затрудненія для возстановленія истинной картины происшествія. Укажемъ здѣсь же разъ навсегда, что врачъ въ своемъ извѣщеніи долженъ избѣгать всякихъ иностранныхъ словъ, всякихъ спеціальныхъ терминовъ, доступныхъ только врачамъ; но, конечно, это правило не касается тѣхъ опредѣленій, которыя уже получили, такъ сказать, права гражданства, какъ, напр., упомянутое выше выраженіе «осложненный» переломъ. Врачъ долженъ постоянно помнить истинную цѣль задаваемаго ему вопроса и требуемаго отъ него отвѣта: цѣль эта заключается въ томъ, чтобы дать возможность общей оріентировки въ характерѣ и степени поврежденія. Эта оріентировка имѣетъ громадное значеніе для юридической стороны всякаго процесса о несчастномъ случаѣ, что до сихъ поръ еще нерѣдко упускается изъ виду. Кому часто приходится давать заключенія относительно степени поврежденій, обусловленныхъ несчастными случаями, и имѣть дѣло съ преувеличенными жалобами и съ симуляціей, тотъ знаетъ, какое громадное значеніе имѣютъ свѣдѣнія, получаемыя отъ врачей, оказывающихъ первую помощь или лечащихъ пострадавшихъ. На это между прочимъ указываетъ и медицинскій факультетъ Берлинскаго университета въ своей экспертизѣ о травматическомъ неврозѣ (1897 г.), которую мы приведемъ впослѣдствіи.

2) Повелъ ли несчастный случай непосредственно къ смерти, а если нѣтъ, то нельзя ли съ вѣроятностью ожидать такого исхода въ будущемъ?

На вторую часть этого вопроса приходится отвѣчать только въ исключительныхъ случаяхъ. Если, напр., пострадавшій получилъ ожоги второй или третьей степени, занимающія около $^1/_3$ поверхности тѣла, то врачъ можетъ отвѣтить: «смертельный исходъ вѣроятенъ», ибо и наука, и опытъ установили, что такія обширныя ожоги ведутъ почти безъ исключеній къ смерти. Въ другихъ случаяхъ, даже когда имѣются на-лицо тяжелыя пораженія важныхъ

для жизни органовъ, лучше дѣлать предсказанія quoad vitam возможно осторожнѣе и не подражать тѣмъ врачамъ, которые берутъ на себя обязанности пророковъ и съ увѣренностью ставятъ благопріятные и неблагопріятные прогнозы, впадая нерѣдко въ роковыя ошибки. Поэтому, за исключеніемъ отдѣльныхъ случаевъ, врачъ долженъ уклониться отъ опредѣленнаго отвѣта на вторую часть приведеннаго вопроса и ограничиться словами: «Въ настоящее время опредѣлить нельзя».

3) Не послѣдуетъ ли за несчастнымъ случаемъ полная или частичная потеря работоспособности на срокъ болѣе 4 недѣль?

Прежде всего нужно отмѣтить, что этотъ вопросъ имѣетъ въ виду вовсе не выясненіе того, послѣдуетъ ли за несчастнымъ случаемъ частичная или полная неработоспособность. Центръ тяжести вопроса лежитъ въ опредѣленіи срока, въ теченіе котораго пострадавшій не будетъ работоспособнымъ. Страховое учрежденіе интересуется прежде всего тѣмъ, потребуется съ его стороны матеріальная поддержка потерпѣвшему, или есть основаніе думать, что онъ выздоровѣетъ до истеченія 4-недѣльнаго срока, въ продолженіе котораго пострадавшій—согласно дѣйствующему нынѣ въ Австріи закону—получаетъ пособія отъ больничныхъ кассъ [1]). Врачу поэтому нѣтъ надобности затруднять себя отвѣтомъ на вопросъ о «полной» или «частичной» неработоспособности. Ему нужно лишь опредѣлить приблизительно вѣроятную продолжительность неработоспособности. Отвѣтъ на этотъ вопросъ облегчается наличностью въ немъ прилагательнаго «вѣроятную». Врачъ долженъ при этомъ руководиться характеромъ, объемомъ и локализацией поврежденія, значеніемъ поврежденной части тѣла, осложненіями, общимъ состояніемъ пострадавшаго, а также личными качествами послѣдняго и родомъ его занятій. Различныя случайности, которыя могутъ удлинить теченіе болѣзни, врачъ можетъ не принимать во вниманіе, ибо отъ него требуется только опредѣленіе того, что на основаніи научныхъ соображеній и практическаго опыта является въ данномъ случаѣ наиболѣе вѣроятнымъ. При этомъ онъ долженъ помнить, что дѣло идетъ о работоспособности, т. е. о выздоровленіи въ функціональномъ, а не въ анатомическомъ смыслѣ. Поврежденіе большого пальца правой руки неодинаково оцѣнивается—въ отношеніи послѣдствій и продолжительности—у парикмахера, который долженъ правой рукой держать ножницы и бритву, и у ломового извозчика; напротивъ, размозженіе стопы у извозчика, принужденнаго идти шагъ за шагомъ за своимъ возомъ, имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ то же поврежденіе у писца. При поврежденіи верхнихъ конечностей приходится принимать во вниманіе, повреждена ли правая или лѣвая конечность. Маляръ, обойщикъ нуждаются въ обѣихъ рукахъ почти одинаково; конторщикъ при поврежденіи лѣвой руки дѣлается ранѣе работоспособнымъ, чѣмъ при поврежденіи правой. Гитаристу требуется для полной работоспособности безусловная подвижность всѣхъ пальцевъ лѣвой руки, между тѣмъ какъ ограниченіе подвижности пальцевъ правой руки (за исключеніемъ большого пальца, необходимаго при игрѣ) вліяетъ на работоспособность въ незначительной степени.

[1]) Въ Германіи, какъ уже было указано выше, срокъ этотъ равенъ 13 недѣлямъ. Прим. перев.

Не менѣе важное значеніе имѣетъ общее состояніе потерпѣвшаго. Само собой понятно, что организмъ, ослабленный какой-либо болѣзнью, труднѣе переноситъ послѣдствія травмы, чѣмъ здоровый организмъ. У чахоточнаго больного всякая травма, а въ особенности такая, которая сопровождается обильной кровопотерей или сильными болями, нарушающими сонъ, даетъ гораздо худшее предсказаніе, чѣмъ у нетуберкулезнаго. То же можно сказать и о діабетикѣ, нефритикѣ, артеріосклеротикѣ. Для старика травма имѣетъ иное значеніе, чѣмъ для молодого, для беременной—иное, чѣмъ для дѣвицы.

4) Нельзя ли ожидать, какъ результата поврежденія, длительной потери всей работоспособности или части ея?

Этотъ вопросъ имѣетъ цѣлью увѣдомить страховое учрежденіе относительно возможности длительной потери работоспособности пострадавшимъ. Рѣшительное отрицаніе такой возможности допустимо только въ самыхъ легкихъ случаяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, общеизвѣстно, что даже послѣ самыхъ незначительныхъ, повидимому, поврежденій съ теченіемъ времени развиваются иногда такія функціональныя разстройства, которыя надолго понижаютъ работоспособность или даже ведутъ къ полной инвалидности. Поэтому почти во всѣхъ случаяхъ приходится признавать «возможность» потери пострадавшимъ работоспособности. Конечно, при этомъ надо принимать во вниманіе и профессію, и родъ занятій потерпѣвшаго, и другія обстоятельства, упомянутыя въ п. 3. Лучше всего отвѣтить на приведенный вопросъ въ осторожныхъ выраженіяхъ, какъ, напр., «возможность эту нельзя исключить», «въ настоящее время отвѣтить на вопросъ нельзя» и т. п.

Само собою разумѣется, что опредѣленный и вѣрный отвѣтъ на приведенные вопросы предполагаетъ точное распознаваніе имѣющагося поврежденія Здѣсь мы подходимъ къ тѣмъ научнымъ требованіямъ, которыя предъявляются къ врачу, явившемуся первымъ на мѣсто происшествія. Для выполненія этихъ задачъ врачъ долженъ обладать весьма обширными знаніями и опытомъ. Опредѣлить границы того, что доступно врачебному искусству въ области діагностики, долженъ умѣть каждый врачъ. Это относится и къ діагностикѣ травматическихъ поврежденій. Никто не поставитъ въ упрекъ врачу, если онъ, напр., въ случаѣ, гдѣ изъ-за кровоизліянія нельзя съ увѣренностью діагносцировать костный переломъ, потребуетъ помѣщенія больного въ больницу для рентгенологическаго изслѣдованія и такимъ образомъ временно оставитъ діагнозъ подъ сомнѣніемъ. Напротивъ, его обвинятъ въ невѣжествѣ, если онъ при первомъ изслѣдованіи категорически выскажется противъ діагноза перелома, а впослѣдствіи окажется, что переломъ имѣется. Отъ врача, оказывающаго первую помощь, вовсе не требуется тонкихъ и сложныхъ діагнозовъ, да онъ и не можетъ ставить такіе діагнозы вслѣдствіе цѣлаго ряда совершенно объективныхъ препятствій. Врачъ, напр., не обязанъ распознать отрывъ суставныхъ менисковъ колѣннаго сустава, и никто не поставитъ ему въ вину, если онъ обозначитъ такой случай, какъ простой ушибъ колѣннаго сустава. Но отъ него требуется немедленно же распознать вывихъ плеча, разрывъ двуглавой мышцы, разрывъ сухожилія въ открытой ранѣ, вскрытіе сустава, поврежденіе крупныхъ полостей тѣла. Напротивъ, немедлен-

ное распознаванiе внутреннихъ поврежденiй (легкихъ, сердца, центральной нервной системы и пр.) можетъ быть отнесено къ его обязанностямъ только въ ясно выраженныхъ случаяхъ.

Терапевтическiя задачи врача, оказывающаго первую помощь, не менѣе существенны. Я считаю излишнимъ здѣсь подробно разъяснять, насколько теченiе раны, а вмѣстѣ съ тѣмъ очень часто и судьба раненаго зависятъ отъ первоначальнаго леченiя. Если, напр., какая-либо рваная и ушибленная рана, столь часто встрѣчающаяся при профессiональныхъ несчастныхъ случаяхъ, попадаетъ сразу въ руки врача, хорошо владѣющаго техникой повязокъ, и если врачъ, не гоняясь за многимъ, ограничится асептикой раны, то въ большинствѣ случаевъ дальнѣйшее заживленiе пойдетъ гладко, и если даже не наступитъ prima intentio, то все-таки больной будетъ избавленъ отъ тяжелыхъ осложненiй, такъ вредно отражающихся впослѣдствiи на функцiи конечности, какъ, напр., отъ флегмоны, гнойнаго воспаленiя сухожильныхъ влагалищъ и пр. Точно также наложенiе шва на перерѣзанное сухожилiе, вправленiе вывихнутаго сустава, немедленная фиксацiя перелома и пр. гарантируютъ гладкое выздоровленiе и возстановленiе функцiи въ поврежденномъ органѣ и существенно облегчаютъ дальнѣйшее спецiальное леченiе. Конечно, нельзя отрицать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ тѣ или иныя условiя, въ особенности мѣсто оказанiя первой помощи (мастерская, улица), могутъ затруднить или даже сдѣлать невозможнымъ примѣненiе нѣкоторыхъ необходимыхъ мѣропрiятiй. Въ такихъ случаяхъ первая обязанность врача—сейчасъ же послѣ примѣненiя самыхъ неотложныхъ мѣръ распорядиться, чтобы больной былъ доставленъ въ ближайшую больницу или вообще въ такое мѣсто, гдѣ оказанiе надлежащей медицинской помощи было бы обезпечено. Само собою разумѣется, что вполнѣ на высотѣ положенiя окажется тотъ врачъ, который уже при оказанiи первой помощи отдаетъ себѣ ясное представленiе о всѣхъ тѣхъ опасностяхъ, которыя угрожаютъ пострадавшему не только quoad vitam et valitudinem, но и quoad functionem. Кто понимаетъ значенiе, которое имѣетъ первая помощь для функцiи поврежденнаго органа, а вмѣстѣ съ тѣмъ и для работоспособности пострадавшаго, тотъ вполнѣ согласится съ Schindler'омъ, Pietrzikowski'мъ и др., которые постоянно предупреждаютъ насъ: «Quidquid agas... respice finem!»

Извѣщенiе о несчастныхъ случаяхъ по дѣйствующимъ въ Россiи законамъ. Содержанiе второй лекцiи въ значительной своей части вполнѣ приложимо и къ русскимъ условiямъ. Какъ мы уже указали выше, въ русскомъ законодательствѣ такъ же, какъ и въ иностранныхъ, нѣтъ точнаго опредѣленiя понятiя «несчастный случай». Поэтому все то, что авторъ говоритъ по поводу такого опредѣленiя, можетъ быть цѣликомъ примѣнено и къ русской практикѣ. Что касается второй части лекцiи, гдѣ излагаются главные вопросы, на которые долженъ отвѣтить врачъ при извѣщенiи о несчастномъ случаѣ, то по существу своему, по своему внутреннему смыслу, и эта часть лекцiи не носитъ мѣстнаго характера и можетъ служить руководствомъ для врачей, работающихъ при самыхъ различныхъ юридическихъ нормахъ. Но формально эта часть лекцiи приспособлена къ австрiйскимъ условiямъ, такъ какъ исходитъ изъ тѣхъ вопросовъ, которые имѣются въ установленныхъ

австрійскими страховыми учрежденіями бланкахъ. Поэтому въ дополненіе къ этой части лекціи мы считаемъ нелишнимъ привести тѣ правила и формы, которыя установлены для извѣщенія о несчастныхъ случаяхъ въ Россіи.

Ст. 20 закона 2 іюня 1903 г. требуетъ, чтобы о всякомъ несчастномъ случаѣ, подходящемъ подъ дѣйствіе этого закона, лицо, завѣдывающее предпріятіемъ, немедленно извѣщало ближайшую полицейскую власть, а также фабричнаго инспектора или окружного инженера. Для этого извѣщенія главнымъ по фабричнымъ и горнозаводскимъ дѣламъ присутствіемъ установлена особая форма (форма № 1), въ которой значатся слѣдующіе вопросы:

1. Наименованіе заведенія (производство, фирма; имя и фамилія владѣльца).
2. Мѣстонахожденіе заведенія или мѣсто производства работъ, гдѣ произошелъ несчастный случай (губернія, уѣздъ, волость, селеніе, городъ (часть его) улица).
3. Имя, отчество и фамилія потерпѣвшаго.
4. Занятіе (должность).
5. Когда произошелъ несчастный случай: число (сутки отъ 12 ч. ночи до 12 ч. ночи) и мѣсяцъ, день недѣли, часъ (пополуночи, пополудни).
6. Краткое описаніе несчастнаго случая и характеръ поврежденія, съ указаніемъ поврежденныхъ частей тѣла и съ отмѣткой о тяжести поврежденія.
7. Если потерпѣвшій умеръ до посылки сего заявленія, то показать число и мѣсяцъ смерти.
8. а) Помѣщенъ ли потерпѣвшій въ больницу и въ какую. б) Если находится на дому, то гдѣ именно (адресъ).
9. Переименовать свидѣтелей несчастнаго случая, съ указаніемъ ихъ мѣстожительства.

Немедленно по полученіи извѣщенія отъ завѣдующаго промышленнымъ заведеніемъ полиція обязана составить на мѣстѣ происшествія протоколъ (ст. 21). Къ составленію протокола должны быть привлечены: лицо, завѣдующее предпріятіемъ, или владѣлецъ его, самъ потерпѣвшій (если онъ можетъ явиться), врачъ, или, за невозможностью немедленно пригласить его, фельдшеръ, очевидцы происшествія изъ рабочихъ, и, если можно, постороннее лицо, свѣдущее въ работѣ, при которой произошло тѣлесное поврежденіе. Впрочемъ отсутствіе кого-либо изъ перечисленныхъ лицъ не останавливаетъ составленія протокола.

Въ протоколѣ (ст. 22) обозначаются: а) мѣсто и время происшествія; б) имена потерпѣвшихъ и родъ ихъ занятій; в) имена свидѣтелей происшествія, съ указаніемъ ихъ мѣстожительства; г) имя владѣльца предпріятія; д) описаніе обстоятельствъ несчастнаго случая, по мѣстному осмотру и показаніямъ свидѣтелей; е) родъ тѣлеснаго поврежденія. Если въ составленіи протокола участвуетъ врачъ, то должно быть дано еще: 1) описаніе тѣлеснаго поврежденія и состоянія здоровья потерпѣвшаго и 2) заключеніе о возможной въ будущемъ степени утраты трудоспособности. Въ свидѣтельствахъ, удостовѣряющихъ смерть потерпѣвшаго, должно быть дано заключеніе о томъ, зависѣла ли она отъ несчастнаго случая. «Если протоколъ былъ составленъ безъ участія врача, то не позднѣе четвертаго дня послѣ его составленія, а въ случаѣ смерти рабо-

чаго — немедленно, лицо, завѣдующее предпріятіемъ, или владѣлецъ онаго приглашаютъ врача для медицинскаго освидѣтельствованія» (ст. 24). — Такимъ образомъ медицинское свидѣтельство и протоколъ могутъ быть и соединены вмѣстѣ, и составлены раздѣльно — въ зависимости отъ того, находится ли врачъ на мѣстѣ происшествія въ моментъ составленія протокола, или нѣтъ.

Не позднѣе трехъ дней со дня составленія протокола или медицинскаго свидѣтельства владѣлецъ промышленнаго заведенія обязанъ послать фабричному инспектору или окружному горному инженеру еще дополнительное извѣщеніе по формѣ № 2. Въ этой формѣ, между прочимъ, имѣются слѣдующіе пункты:

1. Въ какомъ отдѣленіи по роду производства и въ какомъ помѣщеніи заведенія или внѣ его произошелъ несчастный случай.
2. Сколько времени состоялъ потерпѣвшій на той должности, на которой съ нимъ случилось несчастіе.
3. Если одновременно съ лицомъ, для котораго составлено это извѣщеніе, тотъ же несчастный случай былъ причиною поврежденій и другихъ лицъ, то, независимо доставленія извѣщенія о каждомъ изъ послѣднихъ, перечислить номера, подъ которыми записаны въ книгу [1]) эти лица, и ихъ имена и фамиліи.
4. Подробное описаніе обстоятельствъ, при которыхъ произошелъ несчастный случай:
   а) при исполненіи какихъ работъ и при какихъ обстоятельствахъ;
   б) при какой машинѣ (или какою ея частью), какимъ аппаратомъ, приводомъ, инструментомъ или предметомъ произведено поврежденіе;
   в) ближайшія причины несчастія, въ чемъ онѣ состояли.
5. Подробное описаніе рода поврежденія и точное указаніе поврежденныхъ частей тѣла (ушибы безъ нарушенія цѣлости тканей, поврежденія мягкихъ частей, переломы и т. п.—отмѣчать правую и лѣвую стороны тѣла).

Протоколъ, медицинское свидѣтельство и извѣщенія завѣдующихъ являются основными документами, которые нерѣдко играютъ первостепенную роль въ дальнѣйшемъ процессѣ о вознагражденіи потерпѣвшаго. Среди этихъ документовъ медицинское свидѣтельство является наиболѣе важнымъ. Поэтому внимательное и добросовѣстное отношеніе къ составленію этихъ свидѣтельствъ является прямой обязанностью врача.

---

[1]) Здѣсь имѣется въ виду установленная закономъ «Книга о несчастныхъ случаяхъ», которая должна имѣться при каждомъ промышленномъ заведеніи и въ которую записываются всѣ несчастные случаи.

III Лекція.

Задачи пользующаго врача.—Леченіе.—Оперативное вмѣшательство и наркозъ.—Спеціальное леченіе.—Функціональная терапія.—Погрѣшности первоначальнаго леченія.—Окончаніе леченія. (Приложеніе. Извѣщеніе объ окончаніи леченія по русскимъ законамъ).

Теперь мы подходимъ къ вопросу объ обязанностяхъ пользующаго врача, т. е. къ вопросу о терапіи при несчастныхъ случаяхъ. Прежде всего я сошлюсь на тѣ замѣчанія, которыя были сдѣланы мною по этому поводу въ первой лекціи. Нерѣдко приходится слышать даже отъ врачей, что леченіе пострадавшаго отъ несчастнаго случая не зависитъ отъ того, примѣняется ли врачъ къ закону о страхованіи, или нѣтъ, что леченіе, напр., перелома лучевой кости должно быть одинаковымъ у рабочаго, получившаго переломъ при работѣ, и у богатаго рентьера, упавшаго изъ автомобиля во время прогулки. Противъ вѣрности этой мысли дѣйствительно ничего нельзя возразить, при томъ предположеніи, что рентьеръ подвергается правильному леченію, направленному къ возстановленію не только анатомической, но и функціональной цѣлости органа. Только такое леченіе избавляетъ рентьера отъ уродства, а рабочаго отъ инвалидности и отвѣчаетъ какъ интересамъ самихъ пострадавшихъ, такъ и интересамъ страховыхъ учрежденій и общества. Въ этомъ смыслѣ дѣйствительно нѣтъ никакой разницы между леченіемъ обоихъ выбранныхъ нами для примѣра типовъ пострадавшихъ. Разница заключается только въ томъ, что рабочаго мы должны лечить указаннымъ выше образомъ изъ соціальныхъ соображеній, между тѣмъ какъ судьба рентьера, имѣющаго возможность прибѣгнуть къ помощи самыхъ опытныхъ врачей и подвергнуться наиболѣе раціональному леченію, нисколько не интересуетъ насъ съ соціальной точки зрѣнія. Судьба рентьера не будетъ особенно печальной даже въ томъ случаѣ, если вслѣдствіе неправильнаго леченія перелома лучевой кости у него останется неподвижность лучезапястнаго сустава; у рабочаго же такой исходъ означаетъ полную экономическую гибель, причемъ рента можетъ вознаградить его только въ незначительной степени.

«Не подлежитъ никакому сомнѣнію,—читаемъ мы въ объяснительной запискѣ къ проекту австрійскаго закона о соціальномъ страхованіи,—что отъ леченія пострадавшаго зависитъ нерѣдко, наступятъ или не наступятъ извѣстныя послѣдствія, и что часто пострадавшіе остаются съ какимъ-нибудь дефектомъ на долгое время только потому, что имъ не была оказана раціональная помощь въ періодъ леченія. Поэтому-то въ очень многихъ случаяхъ въ высшей степени важно, чтобы пострадавшій съ самаго начала имѣлъ возможность воспользоваться правильнымъ леченіемъ».

Но не только для общества и не только для самого пострадавшаго, какъ экономически слабѣйшей стороны, важно примѣненіе такого «правильнаго леченія»,—оно важно также съ точки зрѣнія интересовъ врачебнаго сословія. «Ошибки отдѣльныхъ врачей,—говоритъ Pietrzikowski,—дѣлаются достояніемъ гласности и ставятся затѣмъ въ упрекъ всей нашей наукѣ. Въ особенности адвокаты, которые никогда не питаютъ большого довѣрія къ нашимъ дѣйствіямъ, охотно пользуются этими ошибками, когда это можетъ быть выгодно для ихъ кліентовъ, и бросаютъ такимъ образомъ тѣнь на все врачебное сословіе».

Сами пострадавшіе также бываютъ склонны смѣшивать результаты леченія съ послѣдствіями несчастнаго случая. Въ этомъ отношеніи очень характеренъ отвѣтъ, который далъ Isermeyer одному коллегѣ, спросившему его, можетъ ли онъ вылечить обыкновенный переломъ плечевой кости такъ, чтобы пострадавшій остался доволенъ. Isermeyer сказалъ: «У частнаго паціента—да, у застрахованнаго—нѣтъ».

Прежде чѣмъ приступить къ леченію, всякій добросовѣстный врачъ долженъ подробно изслѣдовать пострадавшаго и запротоколировать всѣ данныя изслѣдованія. Кромѣ установленія характера и размѣровъ поврежденія и состоянія поврежденія въ моментъ изслѣдованія необходимо еще въ тяжелыхъ случаяхъ изслѣдовать весь организмъ пострадавшаго, чтобы опредѣлить, нѣтъ ли въ немъ какихъ-либо другихъ измѣненій, и если есть, то находятся ли они въ связи съ несчастнымъ случаемъ, или уже существовали до него; для примѣра укажу на такія измѣненія, какъ грыжи, расширеніе венъ, плоская стопа, хроническія болѣзни сердца и легкихъ, хроническій нефритъ, экзема, чесотка, сифилисъ, болѣзни глазъ и ушей, эпилепсія и пр. Кромѣ того во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ необходимо обратить вниманіе на признаки хроническаго алкоголизма и психическихъ ненормальностей (Kaufmann).

«Лечебныя мѣропріятія» имперское страховое бюро (Германія) въ одномъ изъ своихъ апелляціонныхъ рѣшеній опредѣляетъ, какъ совокупность мѣръ, примѣняемыхъ научно-подготовленными лицами съ цѣлью возможно болѣе приблизить пострадавшаго къ нормальному состоянію здоровья.

Страховое учрежденіе Нижне-Австрійскаго округа въ одномъ своемъ рѣшеніи (1893 г.) опредѣляетъ «цѣль леченія» пострадавшаго, какъ возможное приближеніе послѣдняго къ первоначальной работоспособности.

Что подъ «научно-подготовленными лицами» слѣдуетъ понимать исключительно врачей, получившихъ право практики — это должно быть особенно подчеркнуто по отношенію къ Германіи. Дѣло въ томъ, что въ этомъ отношеніи въ Германіи установился другой порядокъ, чѣмъ въ Австріи. Въ Австріи леченіе увѣчнаго рабочаго производится почти исключительно кассовымъ врачемъ; по «проекту» леченіе можетъ быть поручено еще врачу страхового учрежденія (больничному врачу, врачу какого-либо спеціальнаго института); въ Германіи же въ прежнее время пострадавшему предоставлялось право—въ томъ случаѣ, если промысловое товарищество не поручало леченія опредѣленному врачу—требовать взамѣнъ леченія матеріальнаго вознагражденія въ опредѣленныхъ закономъ размѣрахъ; пострадавшій могъ такимъ образомъ обращаться и къ

какому-либо шарлатану, и случаи такого «псевдо-леченія», повидимому, встрѣчались далеко не рѣдко. Въ 1890 г. имперское страховое бюро по одному дѣлу высказалось слѣдующимъ образомъ: «Леченіе у знахарей, не только не отвѣчающее задачамъ истиннаго леченія, но скорѣе приносящее вредъ, не должно вліять на высоту ренты, если, напр., больной, слѣдуя распространенному въ нѣкоторыхъ мѣстахъ дурному обычаю, предпочитаетъ при переломахъ руки и ноги, при вывихахъ и другихъ подобныхъ поврежденіяхъ обращаться къ знахарю, а не къ дипломированному врачу, если только онъ дѣлаетъ это по искреннему убѣжденію, не нарушая преднамѣренно постановленій закона». Точно также и въ Австріи, согласно распоряженію министерства внутреннихъ дѣлъ отъ 1895 года, признаются дѣйствительными претензіи пострадавшихъ, обращающихся послѣ несчастнаго случая не къ врачу, а къ знахарю. Слѣдовательно обращеніе пострадавшаго къ знахарю не считается «ненадлежащимъ поведеніемъ» съ точки зрѣнія закона. Только въ германскомъ законѣ 1900 г. о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ имѣется постановленіе, по которому «при рѣшеніи вопроса объ отклоненіи вознагражденія или о назначеніи частичной ренты» требуется отзывъ пользующаго врача; такимъ образомъ законъ косвенно признаетъ право леченія только за врачемъ. И въ австрійскомъ законопроектѣ въ той его части, гдѣ рѣчь идетъ объ обязанности извѣщенія о несчастномъ случаѣ, употребляется выраженіе «пользующій врачъ» [1]).

Какія же мѣропріятія составляютъ по мысли законодателя «леченіе»?

Очевидно всѣ тѣ мѣропріятія, которыя, согласно даннымъ медицинской науки и врачебнаго опыта, могутъ способствовать излеченію или улучшенію анатомическихъ и функціональныхъ поврежденій.

Сюда относится надлежащій уходъ за раной, правильное укладываніе поврежденной части, прилаживаніе костныхъ отломковъ, вправленіе вывиховъ, наложеніе повязокъ, накладываніе швовъ на рану и сухожиліе, наконецъ, послѣдовательное леченіе.

Всѣмъ этимъ мѣропріятіямъ потерпѣвшій обязанъ подчиниться, въ противномъ случаѣ онъ можетъ вполнѣ или отчасти лишиться права на ренту. Напротивъ, по отношенію къ тѣмъ мѣропріятіямъ, которыя связаны съ опасностью для жизни, какъ, напр., операціи и общій наркозъ, не должно быть никакого принужденія. Согласно рѣшенію имперскаго страхового бюро, промысловое товарищество не имѣетъ права лишать пострадавшаго ренты на томъ основаніи, что операція могла бы улучшить состояніе его здоровья. Точно также ухудшеніе въ состояніи пострадавшаго даетъ ему

---

[1]) Въ законѣ 3 іюня 1903 г. нѣтъ прямыхъ указаній на обязанность потерпѣвшаго лечиться у дипломированныхъ врачей. Косвенное признаніе этой обязанности можно видѣть въ той части ст. 10, гдѣ говорится, что возмѣщеніе по леченію пострадавшаго «опредѣляется по разсчету платы, взимаемой въ мѣстныхъ больницахъ (казенныхъ, городскихъ и земскихъ)». Точно также и соотвѣтствующую часть объяснительной записки къ закону можно понимать только такимъ образомъ, что законодатель не имѣетъ въ виду никакого другого леченія, кромѣ врачебнаго. Въ сомнительныхъ случаяхъ, если бы, напр., леченіе у знахаря повело къ значительному пониженію работоспособности и пострадавшій требовалъ бы вознагражденія, пропорціональнаго всей потерянной части работоспособности,—рѣшающее слово принадлежитъ суду.

Прим. перев.

право на повышеніе ренты даже въ томъ случаѣ, если это ухудшеніе можно было предупредить операціей [1]).

Съ другой стороны, потерпѣвшій можетъ, безъ риска потерять ренту, отказываться только отъ такихъ операцій, которыя дѣйствительно связаны съ опасностью для жизни. Сюда относятся прежде всего операціи, которыя требуютъ примѣненія общаго наркоза, а затѣмъ такія операціи, исходъ которыхъ не можетъ быть предусмотрѣнъ съ достаточной увѣренностью.

Напротивъ, операціи, которыя не связаны съ поврежденіемъ важныхъ для жизни органовъ и могутъ быть произведены подъ мѣстной анэстезіей (онкотомія, вылущеніе слизистыхъ сумокъ и пр.), не могутъ быть отнесены къ категоріи тѣхъ, отъ которыхъ пострадавшій можетъ отказаться безъ всякихъ мотивовъ. То же слѣдуетъ сказать и о тѣхъ хирургическихъ пріемахъ, которые безъ особой натяжки могутъ быть отнесены къ обычному леченію раны, какъ, напр., наложеніе швовъ на рану или на сухожилія, образованіе отверстія для введенія дренажа, разрѣзъ при флегмонѣ, отщемленіе торчащаго изъ раны остраго отломка кости и пр.

На основаніи германской казуистики Kaufmann составилъ списокъ операцій, отъ которыхъ въ различныхъ случаяхъ отказывались пострадавшіе. Въ этотъ списокъ входятъ, кромѣ глазныхъ операцій, еще слѣдующія: насильственное сгибаніе поврежденной верхней конечности (brisement forcé), полная резекція лѣваго локтевого сустава, кровавое исправленіе плохо сросшагося перелома предплечія, операція псевдоартроза на предплечіи, ампутація ручныхъ пальцевъ или отдѣльныхъ фалангъ, операція вслѣдствіе вывиха таранной кости впередъ, вырѣзываніе рубца и пересадка кожи, пункція съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ іода при гидроцеле. Я неоднократно встрѣчалъ случаи отказа отъ ампутаціи фалангъ, отъ вырѣзыванія рубцовъ особенно на подошвахъ, отъ тенотомій при контрактурахъ.

Опытъ, однако, показываетъ,—и въ этомъ отношеніи наблюденія въ Германіи и Австріи совпадаютъ, — что отказъ отъ операціи, настойчиво предлагаемой врачемъ, или отъ общаго наркоза, безусловно необходимаго для діагностическихъ или терапевтическихъ цѣлей, встрѣчается сравнительно рѣдко, главнымъ образомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда операція предлагается уже спустя много времени послѣ несчастнаго случая. Во всякомъ случаѣ съ возможностью подобнаго отказа врачъ долженъ считаться, и потому онъ долженъ имѣть точное опредѣленіе понятія «операція».

Операціей въ спеціально - медицинскомъ смыслѣ называется

[1]) Соотвѣтствующихъ постановленій въ русскомъ законѣ нѣтъ. Вообще въ Россіи вопросъ о леченіи потерпѣвшаго, очевидно, очень мало интересовалъ законодателя; кромѣ упомянутой уже нами ст. 10 этотъ вопросъ нигдѣ болѣе не поднимается. Фабричный инспекторъ И. М. Козьминыхъ-Ланинъ констатируетъ, что «въ громадномъ числѣ случаевъ леченіе потерпѣвшихъ не доводится до конца, а иногда и совсѣмъ не производится». Причина этого, по его мнѣнію, заключается въ слѣдующемъ: a) отсутствіе спеціальныхъ лечебницъ, пріютовъ и убѣжищъ для больныхъ и выздоравливающихъ рабочихъ; b) одностороннее пониманіе предпринимателями и страховыми предпріятіями своихъ интересовъ (и — добавимъ мы отъ себя — отсутствіе точныхъ указаній со стороны закона); c) исчисленіе пособія въ размѣрѣ половины дѣйствительнаго заработка, что не даетъ возможности потерпѣвшему существовать самому и содержать семью, гонитъ его, еще больного, на работу, и d) боязнь увольненія, практикуемаго нерѣдко послѣ несчастнаго случая и заставляющаго рабочихъ скрывать поврежденія. (Законъ 2 іюня 1903 г. М. 1909 г.). Прим. перев.

механическое нарушеніе цѣлости организма, производимое спеціально-подготовленнымъ къ этому лицомъ и имѣющее цѣлью излеченіе или облегченіе имѣющейся болѣзни (Endemann). Съ точки зрѣнія страховой практики намъ кажется болѣе точнымъ опредѣленіе Kries-Kaufmann'a, согласно которому операціей называется всякое болѣе или менѣе существенное нарушеніе цѣлости организма, поскольку оно не входитъ въ обычное леченіе раны.

Если отказъ отъ «операціи» и отъ общаго наркоза не связанъ для застрахованнаго съ какимъ-либо матеріальнымъ ущербомъ, то, напротивъ, неблагопріятные результаты операціи или смертельный исходъ послѣ нея для носителей страхованія, т. е. для промысловыхъ товариществъ въ Германіи и для страховыхъ учрежденій въ Австріи имѣютъ такое значеніе, какъ если бы этотъ исходъ зависѣлъ непосредственно отъ самого несчастнаго случая. При этомъ, конечно, предполагается, что операція сдѣлана съ вѣдома носителей страхованія.

Леченіе пострадавшихъ при несчастныхъ случаяхъ въ теченіе такъ назыв. выжидательнаго періода (Karenzzeit), который въ Австріи равняется четыремъ, а въ Германіи 13 недѣлямъ (по австрійскому законопроекту также 13 недѣлямъ), лежитъ на обязанности больничныхъ кассъ, т. е. врачей, находящихся на службѣ у кассъ или вступающихъ съ ними въ определенныя соглашенія [1]). Если леченіе къ концу выжидательнаго періода оказывается еще не законченнымъ, то оно продолжается далѣе уже на средства носителя страхованія. Въ Германіи законъ предоставляетъ промысловому товариществу право брать въ свои руки леченіе и до конца выжидательнаго періода, напр., для того, чтобы примѣнить другой методъ леченія, или передать леченіе другому врачу, или помѣстить пострадавшаго въ лечебное заведеніе и т. д. Такое же постановленіе имѣется и въ австрійскомъ законопроектѣ.

Надзоръ со стороны больничной кассы заставляетъ потерпѣвшаго правильно и точно выполнять всѣ врачебныя предписанія, хотя бы послѣднія и были связаны съ непріятными или болѣзненными ощущеніями. Сюда относится примѣненіе массажа, электротерапіи, лечебной гимнастики, термо- и гидротерапіи, а также другихъ методовъ физическаго и фармацевтическаго леченія, подкожныхъ впрыскиваній и пр. Послѣдовательное леченіе послѣ оперативнаго вмѣшательства также относится къ обязательнымъ процедурамъ.

Передача леченія въ руки законныхъ носителей страхованія имѣетъ цѣлью доставить пострадавшему помощь опытныхъ спеціалистовъ и примѣнить къ его болѣзни энергичное, въ случаѣ надобности, больничное леченіе. Въ Австріи дѣйствующій законъ не предоставляетъ страховымъ учрежденіямъ возможности вліять на леченіе пострадавшаго; поэтому предусмотрительный врачъ долженъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ требуются спеціальныя знанія и опытность, или гдѣ леченіе затягивается, передавать больного спеціалисту

[1]) Какъ извѣстно, существуютъ двѣ системы примѣненія врачебнаго труда въ больничныхъ кассахъ. При одной системѣ врачи находятся на постоянной службѣ у кассъ: это система такъ назыв. «фиксированныхъ» врачей, когда касса заключаетъ условіе съ однимъ или нѣсколькими врачами, и больные могутъ обращаться только къ нимъ. Другая система это — система «свободнаго выбора врачей». При ней составляется коллективное соглашеніе со многими (или всѣми) врачами данной мѣстности, и больные могутъ обращаться по своему выбору къ любому врачу. Прим. перев.

или стараться помѣстить его въ лечебное заведеніе. Крупныя больничныя кассы въ городахъ располагаютъ въ настоящее время уже достаточнымъ числомъ спеціалистовъ. Какъ въ интересахъ пострадавшихъ, такъ и въ интересахъ самихъ врачей нужно желать, чтобы приглашеніе спеціалистовъ происходило отнюдь не рѣже, а даже чаще, чѣмъ въ частной практикѣ, а главное, чтобы спеціалисты приглашались возможно своевременно.

Громадное значеніе послѣдняго указанія подтверждается единодушными отзывами выдающихся представителей различныхъ медицинскихъ спеціальностей. Здѣсь можно дѣйствительно сказать: дважды даетъ, кто скоро даетъ. Въ особенности это изреченіе приложимо къ тѣмъ методамъ леченія, которые удачно названы мобилизирующими, къ каковымъ относится механотерапія—массажъ и гимнастика, а также термотерапія и электротерапія. Эти методы леченія, какъ меня убѣдилъ въ этомъ многолѣтній опытъ, примѣняются нерѣдко слишкомъ поздно, даже въ больницахъ. Вмѣсто того, чтобы при первой возможности примѣнить ихъ уже въ періодъ первоначальнаго леченія и примѣнить ихъ правильно и послѣдовательно, а не между прочимъ, ихъ откладываютъ обыкновенно въ дальній ящикъ и относятъ къ послѣдовательному леченію. А между тѣмъ для пострадавшаго въ высшей степени важно не терять драгоцѣннаго времени на разные излюбленные больными и нѣкоторыми врачами невинные, но зато и безполезные лечебные пріемы, вродѣ компрессовъ, обертываній, мѣстныхъ ваннъ, втираній, пластырей и пр., а съ самаго же начала съ возможной быстротой перейти къ примѣненію серьезныхъ методовъ леченія, которые, правда, требуютъ личнаго участія опытнаго и знающаго врача.

Недаромъ Thiem, Hoffa и др. требуютъ, чтобы пострадавшіе возможно раньше или даже немедленно послѣ несчастнаго случая переходили на попеченіе носителей страхованія — промысловыхъ товариществъ въ Германіи и страховыхъ учрежденій въ Австріи [1]).

Въ особенности это важно при поврежденіяхъ органовъ движенія, которыя впрочемъ составляютъ значительное большинство всѣхъ поврежденій при несчастныхъ случаяхъ. Въ качествѣ примѣра, доказывающаго необходимость мобилизирующаго леченія, можно привести поврежденія суставовъ, которыя, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще лечатся крайне консервативно; раннее примѣненіе движеній внушаетъ врачамъ какой-то страхъ, и въ результатѣ нерѣдко получается болѣе или менѣе значительная неподвижность суставовъ. То же можно сказать и о переломахъ суставовъ, и объ околосуставныхъ переломахъ костей. Здѣсь слѣдуетъ помнить мѣткія слова Зеленкова: «Кто хочетъ возстановить нормальную по-

---

[1]) Проф. C. Thiem въ послѣднемъ (1909) изданіи своего «Handbuch der Unfallerkrankungen» посвящаетъ нѣсколько страницъ критикѣ системы «выжидательнаго періода». Онъ приводитъ слова Ledderhose, который говоритъ, что при другой постановкѣ леченія общая сумма потери трудоспособности въ Германіи была бы, вѣроятно, меньше на цѣлую треть. Защитниками этой системы являются промышленники, которые по своему невѣжеству не понимаютъ, какъ много матеріальныхъ потерь приноситъ имъ «выжидательный періодъ». Главный ихъ доводъ тотъ, что отъ 80 до 90% всѣхъ несчастныхъ случаевъ ликвидируется въ теченіе первыхъ 13 недѣль. Русское правительство, вѣрно отражая желанія и взгляды нашихъ промышленниковъ, скопировало съ нѣмецкаго образца 13-недѣльный выжидательный періодъ и внесло его въ свой законопроектъ по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ. Прим. перев.

движность поврежденія суставовъ послѣ того, какъ уже послѣдовало срощеніе, тотъ напоминаетъ скульптора, который сталъ бы лѣпить изваяніе послѣ того, какъ глина уже успѣла затвердѣть». Уже тотъ фактъ, что мы на каждомъ шагу встрѣчаемъ случаи перелома дистальныхъ концовъ лучевой и малоберцовой кости, послѣ которыхъ остается тугоподвижность суставовъ, гипертрофія костной мозоли и атрофія мышцъ, показываетъ, что леченіе ранимъ примѣненіемъ движеній послѣ кратковременнаго покоя и безъ всякихъ круговыхъ повязокъ до сихъ поръ получило еще очень слабое распространеніе среди врачей. Если при переломахъ такая боязнь мобилизирующаго леченія еще до извѣстной степени объяснима, такъ какъ она выросла на почвѣ недостаточнаго вниманія къ функціональной терапіи со стороны старой школы врачей, то совершенно уже непонятно, почему такъ мало примѣняютъ массажъ и движенія при поврежденіяхъ мышцъ и сухожилій, хотя, кажется, всѣмъ хорошо извѣстно, что атрофія мышцъ есть слѣдствіе бездѣйствія, и что все, что возбуждаетъ мышечную дѣятельность, препятствуетъ появленію атрофіи. Какъ часто забываютъ это правило при переломахъ локтевого отростка, а также при тѣхъ переломахъ колѣнной чашки, при которыхъ, въ виду незначительнаго расхожденія частей, нѣтъ надобности въ наложеніи костнаго шва; здѣсь только механическое леченіе разгибателей можетъ предупредить разстройство функціи, къ сожалѣнію, встрѣчающееся еще очень часто послѣ этого сравнительно незначительнаго поврежденія. Но и при леченіи переломовъ діафизовъ, гдѣ безусловно необходимъ извѣстный періодъ покоя для того, чтобы образовалась костная мозоль, тоже не слѣдуетъ оставлять ногу на нѣсколько недѣль въ «гипсовомъ гробѣ», чтобы потомъ, по снятіи повязки, получить прекрасную костную мозоль, но зато и рѣзко выраженную мышечную атрофію и тугоподвижность сустава. Для сохраненія функціи конечности необходимо уже въ періодѣ образованія костной мозоли время отъ времени осматривать поврежденную часть, приводить въ движеніе сосѣдніе суставы и массировать мускулатуру. Поэтому-то неподвижныя круговыя повязки, особенно гипсовыя, могутъ имѣть здѣсь примѣненіе только въ продолженіе короткаго времени. Лучше всего черезъ 2—4 недѣли, смотря по толщинѣ поврежденной кости, разрѣзать круговую повязку по бокамъ и превратить ее такимъ образомъ въ съемную шину. Можно впрочемъ съ самаго начала предпочесть шинную повязку, дополнивъ ее, при наклонности сломанныхъ частей къ смѣщенію, вытяженіемъ (Bardenheuer). Если вслѣдствіе недостаточнаго развитія костной мозоли угрожаетъ образованіе ложнаго сустава, то рекомендуется примѣнить застойную гиперемію по Bier'у, а на нижнихъ конечностяхъ — гипсовую повязку для ходьбы, которая въ другихъ случаяхъ уже теперь не примѣняется, такъ какъ она способствуетъ образованію гипертрофической костной мозоли (Thiem). Застойная гиперемія, какъ недавно указалъ на это Thiem, оказываетъ еще большія услуги при осложненныхъ переломахъ, предупреждая инфекцію.

Кому приходится ежедневно изслѣдовать большое число пострадавшихъ при несчастныхъ случаяхъ, тотъ знаетъ, какъ часто примѣненная терапія оказывается недостаточной въ функціональномъ отношеніи. Но поистинѣ позорны такіе—далеко не рѣдкіе—случаи, когда, напр., при иммобилизаціи нижней конечности при помощи

гипсовой повязки не обращаютъ вниманія на приведеніе ступни въ положеніе супинаціи, вслѣдствіе чего остается тяжелое функціональное разстройство въ формѣ фиксированнаго pes valgus,—разстройство, которое надолго затягиваетъ возвращеніе пострадавшаго къ прежней профессіи, а иногда даже, несмотря на исправленіе, затрудняетъ работу въ теченіе очень продолжительнаго времени.

Но кромѣ того недостаточное примѣненіе мобилизирующаго леченія имѣетъ еще одно, далеко не безразличное для пострадавшаго послѣдствіе, такъ сказать, педагогическаго свойства.

Излишній консерватизмъ леченія наряду съ вынужденнымъ бездѣйствіемъ и возникающими у всѣхъ застрахованныхъ—и не только у представителей рабочаго класса—идеями стяжанія ведутъ къ тому, что больной начинаетъ по возможности уклоняться отъ мобилизирующаго леченія или даже старается противодѣйствовать ему, преувеличивая, напр., болевыя ощущенія и пр. Такимъ образомъ на почвѣ неправильнаго леченія выростаютъ впослѣдствіи преувеличеніе, симуляція, погоня за рентой. Быть можетъ, здѣсь же кроются и корни такъ назыв. «травматическихъ неврозовъ», которые, по утвержденію Strümpell'я, развиваются лишь постепенно и которые мыслящій врачъ, умѣющій вліять психически на своихъ паціентовъ, можетъ своевременно предупредить или хотя бы пресѣчь въ моментъ ихъ возникновенія, который обыкновенно совпадаетъ съ первыми попытками пострадавшихъ снова приняться за работу. Далѣе консерватизмъ первоначальнаго леченія вызываетъ нерѣдко недовѣрчивое и враждебное отношеніе къ тому спеціалисту, къ которому, по порученію перваго пользовавшаго врача или больничной кассы или же,—какъ это имѣетъ мѣсто теперь въ Германіи, а въ будущемъ будетъ практиковаться и въ Австріи,—по порученію носителя страхованія, переходитъ впослѣдствіи леченіе пострадавшаго. Пострадавшій въ такихъ случаяхъ склоненъ видѣть въ спеціалистѣ человѣка, взявшаго на себя порученіе уменьшить его будущую ренту. Онъ обвиняетъ его въ безсердечіи и жестокости, механотерапевтическіе институты онъ называетъ «выжимателями ренты» («Rentenquetschen»), а во всякой попыткѣ поднять его трудоспособность онъ видитъ покушеніе на его человѣческія права. Такіе больные, говоритъ Gerstein, спокойно выжидаютъ, не пройдетъ ли тугоподвижность сустава сама собой и не укрѣпятся ли мышцы отъ покоя, между тѣмъ какъ раньше, до введенія страхованія отъ несчастныхъ случаевъ, нужда заставляла ихъ браться за работу, которая въ большинствѣ случаевъ является энергичнымъ мобилизирующимъ леченіемъ, и такимъ образомъ исчезала нерѣдко тугоподвижность очень болѣзненныхъ суставовъ. То же самое замѣчается и теперь у рабочихъ тѣхъ профессій, на которыя не распространяется страхованіе.

«Несчастный случай является самымъ сильнымъ препятствіемъ для выздоровленія», сказалъ Wette. Чтобы понять это изреченіе, нужно сравнить теченіе болѣзни при поврежденіяхъ у застрахованныхъ и у незастрахованныхъ. Wette въ клиникѣ покойнаго Hoffa изслѣдовалъ 200 поврежденій голени и стопы, съ цѣлью выяснить, насколько при одномъ и томъ же поврежденіи продолжительность леченія у застрахованныхъ больше, чѣмъ у незастрахованныхъ. Результаты леченія пострадавшихъ въ клиникѣ Hoffa видны изъ слѣдующей таблицы:

Видъ поврежденія.	Число случаевъ.	Средняя продолжи-ность леченія.	Средняя рента.	Осложненіе плоской стопой.
Fractura cruris	13	20 недѣль	18 %	7
Fractura malleol.	15	24,5 »	20 »	9
Fractura tali	1	22 »	15 »	—
Fractura calcanei	6	26 »	28,5 »	3
Fractura oss. navic. et cuneiform	3	9 »	15 »	3
Fractura metatars.	45	14,5 »	14,5 »	16
Fractura digit.	24	17 »	15 »	1
Растяженіе голеностопнаго сустава и большого пальца	9	11 »	13,5 »	3
Ушибъ голени и тыла стопы	69	14,5 »	14,5 »	10
Разрывъ икроножной мышцы	2	21 »	20 »	1
Раны отъ ожоги на голени и стопѣ	13	13,5 »	19 »	—
Итого . . .	201	—	—	56

Эта таблица прежде всего обнаруживаетъ замѣчательный фактъ, что при более тяжелыхъ поврежденіяхъ (переломы голени, лодыжекъ, пяточной кости) продолжительность леченія почти одинакова какъ у застрахованныхъ, такъ и у незастрахованныхъ лицъ, между тѣмъ какъ при болѣе легкихъ поврежденіяхъ (переломы пальцевъ, плюсневыхъ костей, ушибы голени и стопы) продолжительность леченія у застрахованныхъ оказывается значительно выше средней. Такъ, среди 45 случаевъ перелома плюсневыхъ костей былъ только одинъ случай осложненнаго перелома, въ которомъ леченіе продолжалось 11 недѣль; остальные 44 случая представляли простые переломы со средней продолжительностью леченія въ 30 недѣль (5 случаевъ), 20 недѣль (11 случаевъ), 10 недѣль (11 случаевъ). Больше чѣмъ въ 25% всѣхъ случаевъ Wette нашелъ плоскую стопу. Изъ этихъ фактовъ видно прежде всего, что первоначальное леченіе въ теченіе выжидательнаго періода не было достаточно энергичнымъ, а затѣмъ, что легкіе случаи плоской стопы, не вызывающіе никакихъ жалобъ, могутъ вслѣдствіе самыхъ незначительныхъ поврежденій, измѣняющихъ нормальное распредѣленіе тяжести, обусловить очень рѣзкія разстройства, которыя въ значительной степени отражаются на работоспособности и которыя при своевременномъ діагнозѣ могутъ быть устранены помощью хорошихъ, сдѣланныхъ по модели подкладокъ.

Вообще наиболѣе частыми недостатками леченія при поврежденіяхъ послѣ несчастныхъ случаевъ являются: неточный діагнозъ, слишкомъ поздняя мобилизація для возстановленія функціи, и, какъ мы еще увидимъ въ дальнѣйшемъ, несвоевременное окончаніе зачастую недостаточнаго леченія.

Чтобы не быть ложно понятымъ, оговариваюсь, что я далекъ отъ мысли упрекать въ чемъ-либо всѣхъ врачей, занимающихся леченіемъ пострадавшихъ. На это я не имѣю права, да, къ счастью, говоря вообще, для этого нѣтъ и основаній. Но, съ другой стороны, я считаю своею обязанностью предостеречь читателя отъ тѣхъ ошибокъ, которыя встрѣчаются въ дѣятельности отдѣльныхъ врачей.

Точно также я не хотѣлъ бы, чтобы изъ моихъ наблюденій, основанныхъ на многолѣтнемъ опытѣ, былъ сдѣланъ тотъ выводъ, что мы всѣми средствами обязаны стараться возможно скорѣе сдѣлать пострадавшаго работоспособнымъ не принимая во вниманіе ни его индивидуальности, ни чувствительности, ни другихъ субъективныхъ моментовъ,—съ единственной цѣлью уменьшить расходы страховыхъ обществъ. Я вполнѣ присоединяюсь къ словамъ Ledderhose, который говоритъ, что на всѣ жалобы промысловыхъ товариществъ и страховыхъ учрежденій на все болѣе увеличивающуюся тяжесть страхового бремени мы должны отвѣчать полнымъ равнодушіемъ, что, напротивъ, свои знанія и свой опытъ мы обязаны отдавать на службу пострадавшему и должны избѣгать всего того, что можетъ ухудшить отношенія между врачемъ и паціентомъ. Застрахованнаго рабочаго, пострадавшаго отъ несчастнаго случая, мы должны лечить столь же тщательно и по тѣмъ же правиламъ, какъ и всякаго незастрахованнаго больного. Въ интересахъ общества доставить пострадавшему рабочему возможно лучшее леченіе.

Съ этой точки зрѣнія я, какъ и многіе другіе хирурги-травматологи (Unfallchirurgen), думаю, что только съ очень большой осторожностью и только послѣ тщательнаго взвѣшиванія всѣхъ обстоятельствъ можно квалифицировать «привыканіе» къ послѣдствіямъ несчастнаго случая, какъ «улучшеніе» работоспособности. Къ этому вопросу я еще вернусь въ одной изъ ближайшихъ лекцій, когда рѣчь будетъ идти объ обязанностяхъ врача-эксперта.

Теперь мы перейдемъ къ другому очень важному вопросу: когда можно считать леченіе законченнымъ?

Заключеніе пользующаго врача объ окончаніи леченія имѣетъ для пострадавшаго большое значеніе, и притомъ прежде всего юридическое значеніе.

Согласно дѣйствующему нынѣ въ Австріи закону, съ момента объявленія леченія законченнымъ прекращается обязанность пострадавшаго подвергаться какому-либо дальнѣйшему леченію. «Проектъ», говоря о правѣ страхового учрежденія брать въ свои руки «призрѣніе больного», также проводитъ точную грань между пострадавшими, находящимися въ періодѣ леченія, и пострадавшими, закончившими таковое. Первые могутъ, и безъ ихъ согласія или даже вопреки ему, подвергаться дальнѣйшему леченію у врачей и въ лечебныхъ институтахъ страховыхъ учрежденій; что же касается вторыхъ, т. е. тѣхъ пострадавшихъ, у которыхъ леченіе закончено, то имъ взамѣнъ ренты можетъ быть предоставлено леченіе и призрѣніе въ какомъ-либо учрежденіи въ общемъ только съ ихъ собственнаго согласія.

Германскій законъ, предоставляющій изъ гуманныхъ соображеній право на врачебную помощь даже завѣдомо неизлечимымъ пострадавшимъ, если только леченіе можетъ дать облегченіе ихъ состоянія или уменьшеніе болей, не дѣлаетъ такого различія.

Указанная особенность австрійскаго закона возлагаетъ на пользующаго врача обязанность рѣшать вопросъ объ окончаніи леченія съ большой осторожностью, тѣмъ болѣе, что врачъ не можетъ не сознаться, что отъ этого рѣшенія зависитъ нерѣдко судьба пострадавшаго. Врачъ можетъ объявить леченіе законченнымъ только послѣ того, какъ онъ тщательно и совершенно объективно взвѣситъ положеніе дѣла, полученные результаты изслѣдованія и профессію пострадавшаго.

Леченіе можно признать законченнымъ:

1) Когда наступило излеченіе въ анатомическомъ и функціональномъ смыслѣ.

2) Когда анатомически наступило полное излеченіе, функція же органа возстановилась лишь отчасти, причемъ, однако, есть достаточныя основанія надѣяться, что функція органа возстановится въ ближайшемъ будущемъ подъ вліяніемъ самой работы.

3) Когда нѣтъ никакихъ основаній надѣяться, что какой-либо изъ тѣхъ методовъ леченія, къ которымъ можно принудить пострадавшаго, дастъ излеченіе или улучшеніе.

Извѣщеніе объ окончаніи леченія по русскимъ законамъ. Ст. 26 закона 2 іюня 1903 года гласитъ:

«Возстановленіе трудоспособности, постоянный характеръ утраты ея и степень ослабленія трудоспособности, излеченіе тѣлеснаго поврежденія и своевременность прекращенія леченія, а равно зависимость смерти потерпѣвшаго отъ несчастнаго случая, удостовѣряются медицинскими свидѣтельствами».

На основаніи этой статьи «Правила для извѣщеній о несчастныхъ случаяхъ», изданныя главнымъ по фабричнымъ и горнозаводскимъ дѣламъ присутствіемъ, требуютъ, чтобы «не позднѣе трехъ дней по удостовѣреніи надлежащими документами или смерти потерпѣвшаго, или окончанія леченія и возстановленія его трудоспособности, или же постояннаго характера и степени потери трудоспособности» завѣдующій промышленнымъ заведеніемъ посылалъ фабричному инспектору особое извѣщеніе. По заключающимся въ этомъ извѣщеніи вопросамъ можно судить о тѣхъ требованіяхъ, какія въ данномъ случаѣ предъявляются къ врачу, дающему свидѣтельство объ окончаніи леченія.

«Извѣщеніе объ исходѣ поврежденія отъ несчастнаго случая» содержитъ, между прочимъ, слѣдующіе пункты:

1. Смерть потерпѣвшаго: годъ, мѣсяцъ, число.

a) Сколько дней, а если потерпѣвшій умеръ въ теченіе первыхъ 24 часовъ послѣ несчастнаго случая, то сколько часовъ протекло со времени несчастнаго случая до смерти;

b) гдѣ лечился потерпѣвшій—на дому, амбулаторно или въ больницѣ и въ какой.

2. Подробное описаніе результатовъ леченія:

a) зажили ли пораненія безъ вредныхъ для потерпѣвшаго послѣдствій?

b) какія остались внѣшнія послѣдствія: искривленія, неправильныя срощенія, анкилозы (неподвижность суставовъ), съ точнымъ обозначеніемъ частей тѣла и правой, и лѣвой его стороны?

c) болѣзненныя послѣдствія въ состояніи здоровья потерпѣвшаго (головокруженія, ослабленіе или потеря зрѣнія и т. п.)?

d) какихъ частей тѣла лишился потерпѣвшій?

3. Была ли потеря трудоспособности только временной и сколько дней она продолжалась со дня поврежденія до возстановленія трудоспособности.

4. Признана ли потеря трудоспособности постоянною:

a) частичною,

b) полною,

c) число дней, протекшихъ со дня несчастнаго случая до дня окончанія леченія и признанія потери трудоспособности постоянною (полною или частичною).

IV Лекція.

Общія указанія относительно дѣятельности врача-эксперта. -- Законъ и практика. — Понятіе «неработоспособности».—Нетрудоспособность и работоспособность.— Установленіе послѣдствій несчастнаго случая. — Зависимость между происшедшимъ несчастнымъ случаемъ и имѣющимся на-лицо разстройствомъ здоровья. — Значеніе дефектовъ, существовавшихъ до несчастнаго случая.

Наиболѣе существенное значеніе для проведенія закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ имѣетъ дѣятельность врача въ роли эксперта. Во всѣхъ стадіяхъ взаимоотношеній между застрахованнымъ и носителемъ страхованія необходимо заключеніе врача. Экспертиза врача, правда, не имѣетъ значенія окончательнаго рѣшенія, но она является руководящимъ моментомъ для рѣшеній, предпринимаемыхъ административными учрежденіями; безъ врачебной экспертизы невозможно и постановленіе рѣшеній со стороны этихъ учрежденій. При такомъ положеніи дѣла нельзя, конечно, не выразить крайняго удивленія по поводу того, что австрійскій законъ нигдѣ или почти нигдѣ не упоминаетъ объ этой дѣятельности врача

Дѣйствующее нынѣ австрійское законодательство по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ (законъ 28 дек. 1887 г. съ дополненіями отъ 20 іюля 1894 г.) вообще нигдѣ не упоминаетъ слова «врачъ». Только инструкція мин. вн. дѣлъ отъ 5 іюня 1901 г., устанавливающая форму и содержаніе извѣщеній о несчастныхъ случаяхъ, вспоминаетъ впервые о врачѣ; именно въ той части, гдѣ говорится о вопросахъ, которые должны заключаться въ этихъ извѣщеніяхъ (см. 2-ю лекцію) и которые касаются рода поврежденія и значенія его для потерпѣвшаго, инструкція прибавляетъ: «эти рубрики по возможности долженъ заполнить пользующій врачъ». Такимъ образомъ объ экспертной дѣятельности врача въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова не говорится и въ инструкціи.

«Проектъ» соціальнаго страхованія, внесенный, какъ мы уже сказали, въ парламентъ въ ноябрѣ 1908 г., упоминаетъ о врачѣ въ двухъ мѣстахъ. Въ § 178, отд. 4 сказано, что если «для выясненія правъ пострадавшаго на ренту требуется, согласно врачебному заключенію, больничное наблюденіе», то пострадавшій можетъ быть для этой цѣли помѣщенъ въ больницу на необходимый срокъ. Затѣмъ въ проектъ вошла упомянутая нами министерская инструкція; § 207, отд. 2 требуетъ, чтобы въ извѣщеніи тѣ рубрики, которыя касаются рода поврежденія и его послѣдствій, заполнялись пользующимъ врачемъ, если таковой въ данномъ случаѣ имѣется.

Точно также и германскій законъ по страхованію отъ несчастныхъ случаевъ отъ 6 іюля 1884 г. совершенно игнорируетъ врача. Только законъ 30 іюля 1900 г. объ «измѣненіи закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ» содержитъ въ главѣ объ «опредѣленіи вознагражденія» въ § 69 слѣдующее постановленіе: «Если на основаніи врачебнаго заключенія пострадавшему отказываютъ въ выдачѣ вознагражденія или присуждаютъ ему только частичную ренту, то необходимо предварительно выслушать пользующаго врача. Если послѣдній находится въ договорныхъ отношеніяхъ съ промышленнымъ товариществомъ, то необходимо выслушать другого врача». Кромѣ того § 8 закона 30 іюня 1900 г. гласитъ: «Третейскій судъ въ первомъ засѣданіи каждой своей годичной сессіи по выслушаніи представителя врачебной корпораціи даннаго округа или союзнаго государства избираетъ изъ живущихъ въ мѣстопребываніи суда дипломированныхъ врачей опредѣленное число экспертовъ для дачи заключенія передъ судомъ. Избранные эксперты имѣютъ право на ознакомленіе для цѣлей экспертизы съ актами третейскаго суда и промысловаго товарищества. Списокъ избранныхъ врачей публикуется во всеобщее свѣдѣніе».

Въ противоположность полному игнорированію врачей въ австрійскомъ законодательствѣ, а отчасти и въ германскомъ, на практикѣ врачебныя заключенія играютъ крупную роль. Назначеніе вознагражденія пострадавшему (въ видѣ ренты или единовременнаго вознагражденія) совершается почти исключительно на основаніи врачебной экспертизы, которая, правда, не имѣетъ для носителей страхованія обязательной силы, но игнорировать которую они все-таки не могутъ. Практика страхованія отъ несчастнымъ случаевъ во всѣхъ странахъ признала важность содѣйствія врачей, главнымъ образомъ въ области экспертизы. Передъ врачемъ-экспертомъ открылось такимъ образомъ новое, обширное поприще научной и публично-правовой дѣятельности.

Если оставить въ сторонѣ вопросъ объ окончаніи леченія, о которомъ мы уже говорили выше, то заключеніе врача требуется въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. Какъ пользующій врачъ онъ отвѣчаетъ на слѣдующіе вопросы страховыхъ учрежденій:

   a) о результатахъ перваго изслѣдованія (въ началѣ леченія);

   b) о результатахъ позднѣйшихъ изслѣдованій, предпринимаемыхъ съ цѣлью выясненія теченія и исхода болѣзни и экономическихъ послѣдствій несчастнаго случая.—Въ мѣстопребываніи страхового учрежденія эти «позднѣйшія изслѣдованія» относятся къ обязанностямъ довѣренныхъ врачей [1]), въ другихъ мѣстностяхъ — къ обязанностямъ пользующихъ врачей, участіе которыхъ въ экспертизѣ тамъ обязательно.

---

[1]) Врачи, состоящіе на службѣ у страховыхъ учрежденій (въ Германіи — у промысловыхъ товариществъ). По своему положенію они неизбѣжно обнаруживаютъ склонность защищать интересы «носителей страхованія», что нерѣдко отражается на безпристрастіи ихъ заключеній. Довѣренные врачи пользуются поэтому плохой славой среди рабочихъ. Прим. перев.

2. Какъ врачъ-экспертъ:

a) онъ опредѣляетъ послѣдствія несчастнаго случая;

b) опредѣляетъ вліяніе поврежденія на работоспособность;

c) по австрійскому проекту соціальнаго страхованія и по дѣйствующему въ Германіи закону онъ высказывается по поводу перехода леченія до его окончанія отъ больничной кассы къ страховому учрежденію, и по поводу помѣщенія пострадавшаго для наблюденія и леченія въ какое-либо лечебное заведеніе по окончаніи леченія.

По поводу пунктовъ a) и b) врачъ-экспертъ (въ большинствѣ случаевъ довѣренный врачъ страхового учрежденія) долженъ выяснить: a) зависимость имѣющагося пониженія работоспособности отъ бывшаго несчастнаго случая и b) степень пониженія работоспособности.

3. Врачъ выступаетъ въ качествѣ оффиціальнаго эксперта почти по всѣмъ перечисленнымъ вопросамъ передъ высшими страховыми инстанціями (въ Австріи—страховыми судами и высшимъ судомъ, въ Германіи—третейскими судами и имперскимъ страховымъ бюро).

Объектомъ страхованія отъ несчастныхъ случаевъ является возмѣщеніе матеріальныхъ потерь, вызванныхъ увѣчьемъ или смертью застрахованнаго лица. На обязанности носителей страхованія лежитъ установленіе размѣровъ этихъ матеріальныхъ потерь, а врачъ-экспертъ долженъ на основаніи своихъ знаній, своего опыта и на основаніи общаго состоянія медицинской науки содѣйствовать носителямъ страхованія въ установленіи этихъ размѣровъ.

Матеріальныя потери, которыя несетъ работающій и живущій своей работой человѣкъ вслѣдствіе разстройства здоровья, уничтожающаго или понижающаго его способность работать, а слѣдовательно и зарабатывать, обусловливаются, выражаясь технически, неработоспособностью — полною или частичною. Возмѣщеніе потерь, связанныхъ съ неработоспособностью, и составляетъ задачу соціальнаго законодательства, и притомъ во всѣхъ его развѣтвленіяхъ: въ страхованіи отъ болѣзней, инвалидности, старости и несчастныхъ случаевъ. Послѣдній видъ страхованія, равно какъ и страхованіе отъ инвалидности, отличается отъ другихъ видовъ страхованія только въ томъ отношеніи, что здѣсь возмѣщаются потери, вызванныя частичной неработоспособностью.

Самый частый и самый важный вопросъ, на который приходится отвѣчать врачу-эксперту, это вопросъ о работоспособности пострадавшаго. Работоспособность и трудоспособность не одно и то же: понятіе трудоспособности шире, чѣмъ понятіе работоспособности. По Siefart'у, понятіе «работоспособность» слагается изъ понятія «работа» и понятія «способность». Подъ «способностью» здѣсь разумѣется вообще трудоспособность, слово же «работа» придаетъ всему понятію экономическій смыслъ. «Трудоспособность, слагающаяся изъ духовныхъ и физическихъ качествъ индивидуума, дѣлается для рабочаго источникомъ заработка, превращаясь въ процессѣ производства въ общественно-необходимыя цѣнности». И наоборотъ—понятіе «неработоспособность» соединяетъ въ себѣ два понятія: «нетрудоспособность» и невозмож-

ность примѣненія труда для заработка» (Siefart). «Нетрудоспособность» составляетъ медицинскую сторону вопроса о неработоспособности, «невозможность примѣненія труда для заработка»—технико-экономическую [1]). Но и послѣдняя сторона вопроса не чужда врачу, такъ какъ безъ представленія объ экономическихъ послѣдствіяхъ нетрудоспособности онъ не можетъ дать исчерпывающаго отвѣта объ ея объемѣ. Очень мѣткое опредѣленіе отношенія врача къ обѣимъ составнымъ частямъ понятія «неработоспособность» даетъ Feicheinfeld. «Врачъ, говоритъ онъ, долженъ въ каждомъ случаѣ, гдѣ требуется его заключеніе, прежде всего задать себѣ вопросъ, не существуетъ ли въ данномъ случаѣ нетрудоспособность. Если существуетъ, то неизбѣжно существуетъ и неработоспособность. Напротивъ, если съ врачебной точки зрѣнія трудоспособность возстановляется, то это далеко не значитъ, что и работоспособность возстановляется въ той же мѣрѣ. Обыкновенно послѣдняя возстановляется гораздо медленнѣе, такъ что въ извѣстный моментъ врачъ можетъ не найти никакихъ психическихъ или соматическихъ препятствій для полной трудоспособности, и все-таки работоспособность по различнымъ причинамъ не можетъ еще считаться полной. Чѣмъ больше извѣстный случай приближается къ такому моменту, тѣмъ болѣе онъ выходитъ изъ компетенціи врача. Feichenfeld опредѣляетъ неработоспособность, какъ «наличность психическихъ или физическихъ препятствій къ выполненію извѣстнымъ лицомъ его обычной дѣятельности, служащей главнымъ образомъ для заработка».

Въ одномъ постановленіи третейскаго суда Нижне-Австрійскаго страхового учрежденія (отъ 4 дек. 1881 г.) сказано, что законъ считаетъ основаніемъ права на вознагражденіе не потерю индивидуальной рабочей силы, вызванную несчастнымъ случаемъ, но потерю работоспособности, т. е. той рабочей силы, которая направлена на добываніе заработка. И это совершенно справедливо, ибо очевидно, что работоспособность или, какъ выраженіе ея—высота заработка зависитъ не только отъ рабочей силы, но въ значительной степени еще и отъ различныхъ другихъ моментовъ—индивидуальныхъ, соціальныхъ и экономическихъ условій. Пониженіе трудоспособности отнюдь не ведетъ обязательно къ уменьшенію работоспособности, какъ это, напр., бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда пострадавшій по какимъ-либо основаніямъ продолжаетъ получать полный заработокъ.

Въ томъ же постановленіи мы читаемъ далѣе:

Если истецъ утверждаетъ, что пострадавшій долженъ быть вознагражденъ за самое поврежденіе, какъ таковое, называя это вознагражденіемъ за причи-

---

[1]) Въ русскомъ языкѣ слова «работоспособность» и «трудоспособность» обыкновенно понимаются какъ синонимы. Однако при переводѣ нѣмецкихъ терминовъ «Arbeitsfähigkeit» и «Erwerbsfähigkeit» приходится воспользоваться этими готовыми терминами и обозначить ими два различныя понятія. Считая, что понятіе «трудъ» шире, чѣмъ понятіе «работа», что подъ трудомъ разумѣется всякая цѣлесообразная затрата энергіи, независимо отъ ея экономической цѣнности, между тѣмъ какъ подъ «работой» чаще разумѣется опредѣленная форма труда, служащая дла зараб‹тка («искать работы»), мы рѣшили перевести слово «Arbeitsfähigkeit», обозначающее физіологическую способность къ труду, словомъ «трудоспособность», а слово «Erwerbsfähigkeit», заключающее въ себѣ понятіе объ экономическихъ послѣдствіяхъ труда,—словомъ «работоспособность».

Прим. перев.

ненный ему нематеріальный вредъ, если онъ далѣе полагаетъ, что законъ возмѣщаетъ пострадавшему и то повышеніе заработка, которое послѣдній могъ бы получить за время болѣзни, т. е., что законъ—какъ полагаетъ истецъ—возмѣщаетъ lucrum cessans, если наконецъ онъ доказываетъ, что полученіе пострадавшимъ полной заработной платы не говоритъ еще о полной его работоспособности, ибо часть этой платы является просто милостыней (что, впрочемъ, въ данномъ случаѣ вовсе не доказано),—то, какъ это будетъ разъяснено ниже, такой взглядъ основанъ на ошибочномъ отождествленіи понятій работоспособности и трудоспособности. Этимъ же объясняется тотъ фактъ, что, несмотря на признаніе экспертомъ пониженія рабочей силы (а экспертъ при правильномъ пониманіи своихъ обязанностей можетъ высказаться только объ этомъ, ибо вопросъ о работоспособности—какъ вопросъ юридическій—относится къ компетенціи судьи),—судъ въ то же время не нашелъ пониженія работоспособности; здѣсь нѣтъ никакого противорѣчія, какъ это думаетъ истецъ.

На основаніи §§ 1, 5, 6 и 7 закона 28 декабря 1887 г. слѣдуетъ признать, что матеріальный вредъ, причиненный несчастнымъ случаемъ, сводится къ той потерѣ заработка, которая вызвана несчастнымъ случаемъ и которая измѣряется разницей заработка до и послѣ несчастнаго случая. Если бы законъ имѣлъ въ виду нѣчто большее, чѣмъ возмѣщеніе пострадавшему этихъ потерь, то на этотъ счетъ существовало бы положительное постановленіе закона. Но такъ какъ такого постановленія нѣтъ и такъ какъ при самомъ тщательномъ толкованіи закона ни одна статья его не даетъ какихъ-либо основаній для такого вывода, то воззрѣніе истца очевидно не основано на законѣ.

Такимъ образомъ жалоба истца должна быть отклонена, въ виду того, что онъ получаетъ полную заработную плату, что, слѣдовательно, послѣдствія несчастнаго случая не имѣютъ уже для него никакого значенія и что поэтому его нельзя считать неработоспособнымъ въ смыслѣ закона; само собою разумѣется, что если впослѣдствіи несчастный случай отразится на заработкѣ пострадавшаго, то за послѣднимъ остается право требовать себѣ вознагражденія, что признаетъ и то страховое учрежденіе, на которое жалуется истецъ.

Имперское страховое бюро въ Германіи опредѣляетъ понятіе «работоспособности» слѣдующимъ образомъ (см. рѣшеніе отъ 26 ноября 1887 г.): «При оцѣнкѣ работоспособности пострадавшаго необходимо принимать во вниманіе не только прежній родъ его занятій и его заработокъ послѣ несчастнаго случая: гораздо большее значеніе имѣетъ, съ одной стороны, физическое и психическое состояніе потерпѣвшаго, а также его профессіональная подготовка, а съ другой—возможность заработка, которая представляется ему на рабочемъ рынкѣ. Согласно закону, пострадавшему должны быть возмѣщены тѣ матеріальныя потери, которыя обусловлены поврежденіемъ, а эти матеріальныя потери сводятся къ ограниченію для него возможности получить на рабочемъ рынкѣ работу, соотвѣтствующую его знаніямъ и способностямъ».

Такимъ образомъ, если нельзя считать обязательнымъ, то во всякомъ случаѣ желательно, чтобы врачъ-экспертъ опредѣлялъ не только трудоспособность пострадавшаго, которая исключительно зависитъ отъ состоянія физическихъ и психическихъ силъ послѣдняго, но и его работоспособность, т. е. возможность для него найти работу, соотвѣтствующую его силамъ и способностямъ.

Что касается трудоспособности, то въ этомъ отношеніи необходимо какъ можно чаще и энергичнѣе напоминать, что степень ея, какъ указываетъ также H. Sachs и C. S. Freund, зависитъ не отъ видимаго состоянія организма и не отъ анатомическаго состоянія различныхъ органовъ, а почти исключительно отъ функціональной способности послѣднихъ. Напомню въ этомъ отношеніи сказанное мною въ предыдущей лекціи относительно окончанія леченія. Для того, чтобы пострадавшій получилъ ренту, которая не является вовсе наградой за перенесенныя боли, а возмѣщаетъ лишь матеріальныя потери пострадавшаго, «трудоспособность по-

слѣдняго должна настолько понизиться вслѣдствіе имѣющихся болѣзненныхъ явленій, чтобы отразиться на его экономическомъ положеніи, причемъ это пониженіе должно быть измѣримо определенной денежной суммой» (Sachs и Freund).

Приведемъ примѣръ. Какой-либо «квалифицированный» рабочій, напр. штукатуръ, падаетъ съ лѣсовъ съ высоты 2 метровъ и получаетъ простой переломъ плечевой кости въ верхней трети. Ему накладываютъ гипсовую повязку, которая остается лежать дольше, чѣмъ это нужно для срощенія кости. Черезъ 6 недѣль обнаруживается тугоподвижность плечевого сустава и атрофія мышцъ, поднимающихъ плечо; активныя движенія возможны только до угла въ 120⁰. Профессія пострадавшаго требуетъ, однако, чтобы онъ былъ въ состояніи приподнимать оба плеча приблизительно до угла въ 180⁰. Такимъ образомъ пострадавшій по окончаніи леченія оказывается «частично-работоспособнымъ» и мѣстное страховое товарищество для опредѣленія размѣровъ ренты назначаетъ врачебное освидѣтельствованіе. Само собой понятно, что пострадавшій не можетъ продолжать свою прежнюю профессіональную дѣятельность, но онъ вполнѣ способенъ къ другой какой-либо работѣ, которая не требуетъ въ такой мѣрѣ подвижности плечевого сустава, напр. къ работѣ поденщика, размѣшивающаго известь и пр. Такимъ образомъ, благодаря несчастному случаю, квалифицированный рабочій превращенъ въ чернорабочаго, заработокъ котораго, конечно, значительно ниже, чѣмъ заработокъ перваго.

Все это долженъ знать врачъ-экспертъ, иначе онъ не въ состояніи будетъ опредѣлить размѣры матеріальнаго вреда, причиненнаго несчастнымъ случаемъ. Вотъ почему врачу необходимо имѣть понятіе о различныхъ категоріяхъ работы, ихъ характерѣ и о среднемъ заработкѣ рабочихъ различныхъ категорій.

Въ дальнѣйшемъ мы коснемся подробнѣе и этихъ вопросовъ.

Какъ ни разнообразны вопросы, которые предлагаются эксперту судьей и сторонами и которые возникаютъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, въ общемъ все-таки можно выдѣлить нѣсколько вопросовъ, которые встрѣчаются во всякой экспертизѣ, такъ какъ они имѣютъ цѣлью выясненіе положенія дѣла, опредѣленіе размѣровъ причиненнаго вреда и установленіе другихъ обстоятельствъ, имѣющихъ важное значеніе для обѣихъ сторонъ. Въ настоящей и послѣдующихъ лекціяхъ я разсмотрю эти вопросы и постараюсь указать, какъ долженъ отвѣтить на нихъ врачъ «по совѣсти и крайнему своему разумѣнію».

Я начну съ вопроса:

О зависимости между имѣющимся разстройствомъ здоровья и предшествовавшимъ ему несчастнымъ случаемъ.

Отвѣтъ на этотъ вопросъ для носителей страхованія такъ же важенъ, какъ, напр., важно для общества страхованія отъ кражъ со взломомъ установленіе факта взлома. Такое общество обязано возмѣстить только тотъ вредъ, который произведенъ кражей со взломомъ, а отнюдь не обыкновенной кражей; точно также и носители страхованія отъ несчастныхъ случаевъ должны установить не только фактъ несчастнаго случая, но и наличность причинной зависимости между нимъ и происшедшимъ разстройствомъ здоровья, ибо

они обязаны возмѣщать только тотъ вредъ, который произошелъ вслѣдствіе несчастнаго случая при работѣ, а отнюдь не вслѣдствіе какой-либо другой причины, хотя бы и связанной непосредственно съ работой (напр. вслѣдствіе профессіональной болѣзни).

Установленіе факта несчастнаго случая производится, какъ мы уже упомянули въ одной изъ предыдущихъ лекцій, на основаніи извѣщенія или протокола, въ составленіи котораго, между прочимъ принимаетъ участіе и врачъ; если фактъ несчастнаго случая возбуждаетъ сомнѣнія, то разсѣять эти сомнѣнія должно страховое учрежденіе. Дѣятельность врача-эксперта заключается въ выясненіи зависимости между несчастнымъ случаемъ и имѣющимся дефектомъ работоспособности, — задача, настолько же важная, насколько и трудная.

Я приведу здѣсь для примѣра два рѣшенія третейскихъ судовъ въ Австріи. Сперва приведу одно рѣшеніе положительное, устанавливающее связь между несчастнымъ случаемъ и разстройствомъ здоровья.

Истецъ Е. Р. во время открыванія большихъ дверецъ стеклоплавильной печи получилъ ожогъ праваго глаза вырвавшимся изъ печи пламенемъ. Глазъ погибъ. Страховое учрежденіе отказало въ вознагражденіи, признавъ, что болѣзнь Е. Р. не является послѣдствіемъ несчастнаго случая, а представляетъ постепенно развившуюся профессіональную болѣзнь. Отказъ этотъ, однако, не имѣетъ достаточныхъ основаній. Свидѣтели, работавшіе во время несчастія вмѣстѣ съ Е. Р., удостовѣрили подъ присягой, что дѣйствительно изъ печи выбросило пламя, которое и попало истцу въ правый глазъ, что Е Р. тотчасъ же объ этомъ заявилъ своимъ товарищамъ и проработалъ послѣ несчастнаго случая всего только часъ, а затѣмъ принужденъ былъ бросить работу и уйти съ завода.

Тѣ же свидѣтели, а также и другіе, дававшіе показаніе также подъ присягой, удостовѣрили, что Е. Р. до указаннаго происшествія никогда не жаловался на боль въ глазахъ; въ извѣщеніи о несчастномъ случаѣ также указывается на внезапное наступленіе паралича глазного нерва и слѣпоты на правый глазъ вслѣдствіе воздѣйствія огня.

Всѣ эти прочно установленные факты подтверждаются и позднѣйшей врачебной экспертизой. Согласно этой послѣдней въ данномъ случаѣ имѣется острая глаукома, развившаяся вслѣдствіе воздѣйствія на глазъ пламени и вызвавшая въ концѣ-концовъ полную слѣпоту праваго глаза. Но кромѣ того экспертиза установила еще, что и лѣвый глазъ вовлеченъ въ страданіе, что истецъ въ настоящее время очень плохо видитъ и что его въ ближайшемъ будущемъ ожидаетъ полная слѣпота, а слѣдовательно и полная неработоспособность. Въ виду всѣхъ этихъ обстоятельствъ не можетъ быть и рѣчи о наличности въ данномъ случаѣ медленно развившейся профессіональной болѣзни. Слѣпота Е. Р. должна быть признана результатомъ профессіональнаго несчастнаго случая въ смыслѣ требованій закона, а потому истецъ имѣетъ право на полученіе вознагражденія.

Второе рѣшеніе отрицательное, отвергающее зависимость заболѣванія отъ несчастнаго случая.

Истецъ указываетъ въ своей жалобѣ, и это подтверждается произведеннымъ дознаніемъ, что въ концѣ августа 1890 г. онъ, работая на мельницѣ K. Sch., получилъ увѣчье, именно онъ попалъ подъ передаточный ремень, который придавилъ ему грудную клѣтку и затѣмъ сбросилъ его съ высоты 3 метровъ; только благодаря тому, что товарищи успѣли подхватить его, онъ остался живъ. Далѣе истецъ утверждаетъ, что при паденіи онъ получилъ тяжелое поврежденіе внутреннихъ органовъ и что хотя онъ черезъ нѣсколько дней снова сталъ на работу, но это стоило ему очень большихъ усилій и сдѣлалъ онъ это только потому, что не могъ оставить безъ поддержки большую семью. До несчастнаго случая онъ былъ всегда здоровъ, а послѣ него не переставалъ хворать, чувствовалъ постоянныя боли въ спинѣ и, наконецъ, долженъ былъ лечь въ больницу въ D. Со времени несчастнаго случая онъ считаетъ себя совершенно неработоспособнымъ, а потому требуетъ ренту въ раз-

мѣрѣ 60% годового заработка. 22 марта 1892 г. истецъ былъ выписанъ изъ больницы, какъ неизлечимо-больной, а 2 апрѣля того же года онъ умеръ. Вдова и дѣти умершаго предъявили права на вознагражденіе за время его болѣзни, а также на ренту согласно § 5 закона 28 дек. 1887 г. Возраженіе страхового учрежденія сводилось къ тому, что ни болѣзнь пострадавшаго, сдѣлавшая его неработоспособнымъ до самой смерти, ни смерть его не находились въ причинной зависимости отъ несчастнаго случая. Въ доказательство страховое учрежденіе приводило, во-первыхъ, исторію болѣзни пострадавшаго, во-вторыхъ, его рабочую книжку. Изъ послѣдней видно, что истецъ не работалъ послѣ несчастнаго случая только съ 28 авг. по 4 сент. 1890 г. Затѣмъ, если не считать небольшого перерыва отъ 11 по 27 ноября 1890 г., когда онъ болѣлъ легочнымъ катарромъ, онъ не оставлялъ работу до 13 февр. 1891 г. Только съ 13 февр. 1891 г. истецъ былъ уже почти безпрерывно неработоспособнымъ; вначалѣ его лечили отъ невралгіи сѣдалищнаго нерва. Но въ клиникѣ д-ра W. въ G., куда онъ поступилъ въ началѣ сент. 1891 г., оказалось, что истецъ боленъ раковымъ новообразованіемъ; изъ клиники онъ былъ выписанъ въ безнадежномъ состояніи съ общимъ карциноматозомъ, который очевидно и послужилъ причиной смерти, послѣдовавшей 2 апр. 1892 г. На томъ же фактическомъ матеріалѣ основана и экспертиза д-ра E.; сущность этой экспертизы сводится къ слѣдующему: согласно исторіи болѣзни истецъ страдалъ общимъ раковымъ перерожденіемъ органовъ, отъ каковой болѣзни онъ, очевидно, и умеръ. Считать эту болѣзнь за послѣдствіе несчастнаго случая нельзя, прежде всего потому, что раковое новообразованіе развилось у истца въ поясничной области и на головѣ, между тѣмъ какъ травмѣ подверглась совершенно другая часть тѣла — грудная клѣтка. Нельзя отрицать, что ракъ можетъ возникнуть на почвѣ травмы, но въ такихъ случаяхъ — по крайней мѣрѣ вначалѣ — опухоль носитъ мѣстный характеръ, такъ что въ данномъ случаѣ нужно было бы ожидать появленія рака на груди. Легочный катарръ, которымъ истецъ страдалъ въ ноябрѣ 1890 г., тоже нельзя поставить въ связь съ несчастнымъ случаемъ, ибо въ такомъ случаѣ онъ возникъ бы значительно раньше. Ко всему этому слѣдуетъ еще прибавить, что ушибъ и сотрясеніе при паденіи во время несчастнаго случая, очевидно, были не особенно сильны, такъ какъ истецъ оставался неработоспособнымъ всего только нѣсколько дней и такъ какъ у него не было отмѣчено ни перелома реберъ, ни сотрясенія мозга, ни вообще какихъ-либо непосредственныхъ послѣдствій несчастнаго случая. Такимъ образомъ ни смерть истца, ни его неработоспособность, развившаяся послѣ несчастнаго случая, не могутъ быть поставлены въ причинную зависимость отъ этого послѣдняго.

На основаніи этой экспертизы третейскій судъ отказалъ какъ въ выдачѣ наслѣдникамъ просителя 60% ренты за время болѣзни послѣдняго, такъ и въ удовлетвореніи претензій вдовы и дѣтей покойнаго относительно выдачи имъ вдовьей и сиротской ренты.

Установленіе строгой зависимости между несчастнымъ случаемъ и разстройствомъ здоровья удается далеко не всегда, еще рѣже эта зависимость можетъ быть установлена съ полной увѣренностью. Наука и практика стоятъ здѣсь нерѣдко на столь же шаткой почвѣ, какъ и въ нѣкоторыхъ вопросахъ этіологіи и діагностики. Впрочемъ абсолютная достовѣрность здѣсь вовсе не требуется: достаточно установить лишь в ѣ р о я т н о с т ь. Въ одномъ рѣшеніи имперскаго страхового бюро въ Германіи говорится, что «требованіе б е з у с л о в н ы х ъ доказательствъ противорѣчитъ духу и задачамъ закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ; законъ этотъ выполняетъ задачу общественнаго призрѣнія и поэтому при примѣненіи его нельзя руководиться тѣми правилами, которыя могутъ быть приложимы къ частному страхованію. Въ области страхованія отъ несчастныхъ случаевъ можно довольствоваться тѣмъ убѣжденіемъ, которое составляется у суда на основаніи данныхъ дознанія и вообще на основаніи всѣхъ обстоятельствъ дѣла» (цит. по L. B e c k e r'у).

Имперское страховое бюро, какъ мы упоминали уже въ одной изъ предыдущихъ лекцій, въ своихъ рѣшеніяхъ неоднократно указывало, что для установленія права пострадавшаго на вознагражде-

ніе не требуется, чтобы «наступившее разстройство здоровья было *непосредственнымъ* результатомъ поврежденія», какъ не требуется и того, чтобы «профессіональный несчастный случай былъ *единственной* причиной болѣзни или смерти». Такой взглядъ, установленный практикой примѣненія закона, вполнѣ соотвѣтствуетъ, если не буквѣ, то *духу* его. Пострадавшій имѣетъ право на вознагражденіе, если «полученное при несчастномъ случаѣ поврежденіе является *одною изъ причинъ*, вызвавшихъ заболѣваніе или смерть, но причиной, оказавшей болѣе или менѣе существенное вліяніе» [1]).

Такимъ образомъ задача врача-эксперта, суда, а также и носителей страхованія относительно установленія зависимости между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью (или смертью) въ значительной степени облегчается.

Чтобы выполнить эту задачу, врачъ долженъ подвергнуть объективной оцѣнкѣ и *научной критикѣ* всѣ обстоятельства подлежащаго его разсмотрѣнію случая.

Критеріемъ для рѣшенія вопроса о зависимости между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью должно служить точное изученіе характера поврежденія, его механизма, интенсивности и локализаціи. Эти свѣдѣнія врачъ можетъ почерпнуть изъ извѣщенія о несчастномъ случаѣ или же, если извѣщеніе неполно, что, къ сожалѣнію, встрѣчается еще довольно часто, изъ дознанія, производимаго страховымъ учрежденіемъ. Не менѣе важное значеніе имѣетъ подробный опросъ самого потерпѣвшаго относительно состоянія его здоровья до несчастнаго случая и тотчасъ послѣ него. Если, напр., человѣкъ не обнаруживалъ никакихъ симптомовъ, свойственныхъ паховой грыжѣ, и вдругъ послѣ поднятія непривычной для него тяжести почувствовалъ боли въ паховой области и одновременно или вскорѣ послѣ того замѣтилъ у себя паховую грыжу, то едва ли можетъ возникнуть какое-либо сомнѣніе относительно зависимости возникновенія грыжи отъ непривычнаго напряженія. Если же человѣкъ, который уже носитъ бандажъ, заявляетъ, что у него послѣ подъема тяжести развилась грыжа въ томъ самомъ мѣстѣ, на которомъ онъ по врачебному предписанію носилъ бандажъ будто бы съ предохранительной цѣлью, то это естественно должно возбудить сомнѣнія. Точно также мало довѣрія внушаетъ заявленіе человѣка, утверждающаго, что у него *внезапно* появилась грыжа *при обыкновенной* работѣ. Впрочемъ условія внезапнаго возникновенія грыжъ выяснены и наукой, и практикой. Въ свое время мы познакомимся съ ними.

Необычное физическое напряженіе играетъ роль не только въ этіологіи грыжъ, хотя именно по поводу грыжъ врачу приходится чаще всего рѣшать вопросъ о зависимости дефекта отъ несчастнаго случая; указанный моментъ имѣетъ большое значеніе и

---

[1]) Таковъ же и «духъ» русскаго закона. Изданныя въ разъясненіе закона «Правила къ руководству для опредѣленія ослабленія или утраты трудоспособности» содержатъ, между прочимъ, слѣдующіе пункты. П. 2. Между несчастнымъ случаемъ и ослабленіемъ трудоспособности, утратой ея или смертью потерпѣвшаго должна быть установлена причинная связь. П. 3. При установленіи причинной связи не требуется, чтобы поврежденіе, происшедшее отъ несчастнаго случая, было единственною и исключительною причиною ослабленія или утраты трудоспособности, но достаточно, чтобы оно являлось одною изъ причинъ, нарушающихъ трудоспособность потерпѣвшаго.

Прим. перев.

въ этіологіи внезапно возникающихъ внутреннихъ болѣзней. Такъ, напр., въ результатѣ необычнаго напряженія или другого какого-либо непредвидѣннаго происшествія (напр. паденія съ тяжелой ношей) можетъ возникнуть легочное кровотеченіе, апоплексическій ударъ и пр.

Интенсивность поврежденія также играетъ здѣсь существенную роль. Если рабочій заболѣваетъ пнеймоніей послѣ незначительнаго ушиба, то связь заболѣванія съ травмой гораздо менѣе вѣроятна, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда заболѣванію предшествуетъ сильное прижатіе грудной клѣтки.

Далѣе необходимо обратить вниманіе на локализацію поврежденія. У туберкулезнаго рабочаго вырывается изъ рукъ молотокъ и съ большой силой ударяетъ о бедро. На мѣстѣ травмы развивается каріозный процессъ: скрытый «инкапсулированный» мѣстный туберкулезъ становится явнымъ. Такой случай вполнѣ понятенъ. Напротивъ, трудно объяснить появленіе каріознаго процесса въ ребрѣ послѣ поврежденія колѣна или развитіе рака желудка послѣ поврежденія стопы (случаи Windscheid'а).

Приведенные нами примѣры, какъ появленіе кровохарканья и костоѣды у туберкулезнаго или апоплексіи у артеріосклеротика, показываютъ, что и ухудшеніе существующей болѣзни также является объектомъ страхованія отъ несчастныхъ случаевъ. Такое ухудшеніе законъ вполнѣ приравниваетъ къ возникновенію новой болѣзни въ зависимости отъ несчастнаго случая. Вѣдь и травматическую грыжу нужно разсматривать, какъ обостреніе имѣющихся анатомическихъ измѣненій, т. е. расширенія грыжевого отверстія, ибо у человѣка съ нормальнымъ грыжевымъ отверстіемъ едва ли возникнетъ грыжа даже при максимальномъ напряженіи брюшного пресса. Такимъ образомъ, кромѣ механизма поврежденія, его интенсивности и локализаціи, мы должны принимать во вниманіе и состояніе самого потерпѣвшаго, наличность у него хроническихъ заболѣваній—туберкулеза, сифилиса, діабета, артеріосклероза, гемофиліи, подагры, старческихъ измѣненій и пр.

Затѣмъ слѣдуетъ принять во вниманіе срокъ, протекшій между несчастнымъ случаемъ и первыми проявленіями болѣзни. Опредѣленнаго масштаба здѣсь, конечно, указать нельзя. Но, мы, напр., откажемся признать травматическое происхожденіе пнеймоніи, если она возникла черезъ 4 недѣли послѣ несчастнаго случая, или травматическое происхожденіе апоплексическаго удара, если послѣдній проявился не тотчасъ же послѣ несчастнаго случая (объ исключительныхъ случаяхъ такъ назыв. поздней апоплексіи мы здѣсь не говоримъ). Чаще всего, однако, врачу приходится здѣсь полагаться на общее впечатлѣніе, которое производитъ данный случай, а также на свой опытъ и на врачебное чутье. Но все-таки должна существовать извѣстная преемственность между несчастнымъ случаемъ и первыми симптомами болѣзни для того, чтобы можно было признать вѣроятную связь. При очень многихъ заболѣваніяхъ, какъ соматическихъ (напр. при опухоляхъ), такъ и психическихъ, установленіе связи съ несчастнымъ случаемъ представляетъ большія трудности. Если мы къ тому же примемъ во вниманіе, что не существуетъ такихъ внутреннихъ болѣзней, которыя могли бы возникнуть только подъ вліяніемъ травмы, и что этіологія очень многихъ болѣзней въ настоящее время намъ еще совершенно неизвѣстна, то станетъ по-

нятнымъ, почему врачъ очень часто не бываетъ въ состоянiи дать увѣреннаго отвѣта на вопросъ о зависимости заболѣванiя отъ несчастнаго случая. Но медицина, какъ правильно замѣчаетъ Becker, не математика; и потому мы вполнѣ удовлетворимъ и требованiямъ закона, и требованiямъ гуманности, если будемъ считать эту зависимость существующей во всѣхъ случаяхъ, гдѣ она возможна.

Но совершенно ненаучно строить различныя гипотезы, чтобы скрыть ограниченность нашихъ знанiй, или отвѣчать на вопросъ судьи такими выраженiями, какъ: «возможно», «вѣроятно», «очень вѣроятно» и т. п. Я вполнѣ присоединяюсь къ Windscheid'у, когда онъ говоритъ, что тамъ, гдѣ не хватаетъ нашихъ знанiй, мы должны открыто въ этомъ признаться и предоставить рѣшенiе вопроса судьѣ. «Этого мы не знаемъ»—долженъ открыто отвѣчать врачъ во всѣхъ случаяхъ, когда по современному состоянiю нашихъ знанiй онъ не можетъ дать на вопросъ ни положительнаго, ни отрицательнаго отвѣта. Такой отвѣтъ дѣлаетъ честь врачу, ибо свидѣтельствуетъ объ его честности и независимости. Присяга требуетъ, чтобы врачъ давалъ свое заключенiе «по совѣсти и крайнему своему разумѣнiю». И тамъ, гдѣ кончается наше знанiе, мы должны по совѣсти сказать правду.

Подробное изслѣдованiе пострадавшаго относительно его прежняго соматическаго и психическаго состоянiя имѣетъ значенiе не только для отвѣта на только что разобранный нами вопросъ о связи между дефектомъ и несчастнымъ случаемъ: оно играетъ въ высшей степени важную роль и при опредѣленiи размѣровъ полученнаго вреда, а, слѣдовательно, и величины ренты. Это относится особенно къ тѣмъ случаямъ, гдѣ человѣкъ, перенесшiй уже ранѣе несчастный случай и получившiй за него вознагражденiе, подвергается затѣмъ снова какому-либо профессiональному несчастному случаю. Здѣсь, по словамъ Dittrich'а, возможны два предположенiя: либо второй несчастный случай увеличиваетъ неработоспособность, оставшуюся послѣ перваго случая, либо же второй случай вовсе не затрогиваетъ послѣдствiй перваго случая и не оказываетъ на работоспособность никакого влiянiя, или же влiяетъ на нее настолько мало, что о какомъ-либо существенномъ увеличенiи вреда не можетъ быть и рѣчи.

Допустимъ, напр., что рабочiй, потерявшiй вслѣдствiе несчастнаго случая глазъ,—каковой дефектъ обыкновенно понижаетъ работоспособность на 20—25%,—подвергся новому увѣчью, подъ влiянiемъ котораго понизилось зрѣнiе и второго—теперь уже единственнаго глаза. Совершенно очевидно, что здѣсь второй несчастный случай рѣзко увеличиваетъ вредъ перваго (до полной неработоспособности). Другой примѣръ: рабочiй получилъ переломъ обѣихъ костей голени въ нижнемъ ихъ концѣ; у него осталось нѣкоторое разстройство движенiй въ голеностопномъ суставѣ, но положенiе стопы осталось правильнымъ; такъ какъ профессiя его требуетъ работы стоя, то опредѣлено пониженiе работоспособности на 25%. Затѣмъ онъ подвергается новому увѣчью: тяжелый кусокъ желѣза придавливаетъ ему большой палецъ той же ноги и вызываетъ переломъ концевой фаланги. Поврежденiе это, само по себѣ имѣющее ничтожное значенiе, значительно затрудняетъ функцiю уже пострадавшей ранѣе стопы. Въ этомъ случаѣ второй несчастный случай несомнѣнно увеличилъ ту частичную неработоспособность, которая

осталась послѣ перваго несчастнаго случая, между тѣмъ, если бы такому поврежденію подверглась здоровая, правильно функціонирующая нога, то отъ него не осталось бы никакого замѣтнаго пониженія работоспособности. Но то обстоятельство, что функція поврежденной стопы осталась нарушенной послѣ перваго несчастнаго случаѣ, обусловливаетъ повышеніе ренты послѣ второго. Далѣе возможенъ такой случай. Послѣ поврежденія праваго локтевого сустава остался анкилозъ; суставъ неподвиженъ и согнутъ почти подъ прямымъ угломъ. Затѣмъ съ тѣмъ же рабочимъ происходитъ второй несчастный случай—онъ падаетъ и получаетъ поперечный переломъ праваго локтевого отростка. Это поврежденіе при другихъ условіяхъ требуетъ очень тщательнаго леченія; иначе оно нерѣдко оставляетъ тяжелыя разстройства функціи сустава. Но въ нашемъ случаѣ это поврежденіе съ экономической точки зрѣнія не имѣетъ уже никакого значенія, ибо къ имѣющейся полной неподвижности сустава оно ничего не можетъ прибавить. Поэтому послѣ окончанія леченія, въ теченіе котораго пострадавшій временно получалъ полную ренту, нѣтъ основанія повышать ту $33^1/_3\%$ ренту, которая была присуждена ему послѣ перваго несчастнаго случая.

Чтобы быть въ состояніи высказаться относительно вѣроятности или возможности причинной зависимости между несчастнымъ случаемъ и послѣдующимъ заболѣваніемъ или смертельнымъ исходомъ, врачъ долженъ знать, можетъ ли вообще данное заболѣваніе быть вызвано травмой. Врачъ долженъ научнымъ путемъ установить связь между травмой и различными заболѣваніями или, по крайней мѣрѣ, стремиться къ такому установленію; только такимъ образомъ онъ добросовѣстно выполнитъ свою отвѣтственную задачу. Научное изслѣдованіе указанной связи является такимъ образомъ органическимъ дополненіемъ къ тому формальному выясненію ея, о которомъ мы говорили до сихъ поръ. Такое изслѣдованіе составляетъ самую важную и почетную обязанность врача при проведеніи въ жизнь законовъ о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ. Имъ мы и займемся въ слѣдующихъ лекціяхъ.

V Лекція.

Установленіе послѣдствій несчастнаго случая.—Связь между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью съ научной точки зрѣнія. — Болѣзни, которыя могутъ возникнуть на почвѣ травмы.—Конечности: самопроизвольные переломы, острый посттравматическій остеоміэлитъ, посттравматическій мѣстный туберкулезъ, острая атрофія костей, заболѣванія суставовъ, слизистыхъ сумокъ, сухожильныхъ влагалищъ; myositis ossificans, dystrophia musculorum progressiva; мышечная атрофія; Dupuytren'овская контрактура пальцевъ; твердый травматическій отекъ; инфекціонныя заболѣванія кожи, подкожной клѣтчатки и пр. на конечностяхъ.—Поврежденія позвоночника.

Переходя теперь къ тѣмъ даннымъ, которыя имѣются въ наукѣ по вопросу о травматическомъ происхожденіи различныхъ болѣзней и которыми приходится руководиться въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ при установленіи возможности или вѣроятности причинной связи между заболѣваніемъ и несчастнымъ случаемъ, я долженъ, съ одной стороны, указать на громадныя трудности, съ которыми приходится здѣсь имѣть дѣло врачу, а, съ другой стороны, констатировать съ чувствомъ удовлетворенія тѣ успѣхи, которые достигнуты на этомъ поприщѣ научной работой врачей всѣхъ націй. Вопросъ облегчается еще тѣмъ, что законодательство предъявляетъ далеко не столь строгія требованія относительно установленія вліянія несчастнаго случая, какъ научное мышленіе (Ledderhose). Число работъ, заключающихъ въ себѣ наблюденія и изслѣдованія выдающихся врачей, работающихъ на поприщѣ травматологіи, достигло въ настоящее время значительныхъ размѣровъ. Врачъ-травматологъ долженъ ознакомиться съ этой литературой, чтобы съ помощью ея отнестись критически къ собственнымъ наблюденіямъ и чтобы имѣть возможность присоединить и свой опытъ къ опыту своихъ предшественниковъ. Я могу здѣсь коснуться только самаго существеннаго изъ этой новой отрасли нашей науки, а тѣмъ изъ читателей, которые интересуются подробностями, указать на имѣющіяся солидныя руководства такихъ выдающихся авторовъ, какъ Thiem, Becker, Kaufmann, Sachs и Freund, Sudeck, Windscheid, Pietrzikowski, Dittrich, Rich, Stern. Чуть не каждый день приноситъ новые успѣхи въ дѣлѣ изученія травматической этіологіи болѣзней и плугъ научнаго анализа воздѣлываетъ все новыя и новыя области. Изученіе всѣхъ работъ въ этой области становится уже затруднительнымъ, и все болѣе и болѣе чувствуется потребность въ соотвѣтствующихъ архивахъ.

Мнѣ кажется, что, не выходя изъ рамокъ подготовительнаго курса, какимъ являются настоящія лекціи, цѣлесообразнѣе всего распредѣлить матеріалъ такимъ образомъ, чтобы сперва по возможности вкратцѣ описать по областямъ тѣла тѣ болѣзни, которыя, согласно современному состоянію нашихъ знаній, могутъ имѣть травматическую этіологію, а затѣмъ перейти къ тѣмъ заболѣваніямъ от-

дѣльныхъ органовъ и всего организма, при которыхъ травматическая этіологія болѣе или менѣе вѣроятна.

Начнемъ съ конечностей, дающихъ наибольшее число поврежденій.

Изъ различныхъ поврежденій конечностей мы прежде всего остановимся на самопроизвольныхъ переломахъ длинныхъ костей, при которыхъ иногда требуется дифференцированіе отъ травматическихъ переломовъ. Такое дифференцированіе не всегда легко, въ особенности же оно трудно, когда травма и ненормальная хрупкость костей встрѣчаются одновременно, что бываетъ довольно часто. Впрочемъ какъ-разъ въ такихъ случаяхъ дифференціальный діагнозъ не имѣетъ особаго значенія, ибо, какъ бы ни была ничтожна травма, разъ она вызвала переломъ кости, хотя бы и отличающейся ненормальной хрупкостью,—все равно переломъ является здѣсь слѣдствіемъ несчастнаго случая.

Иначе обстоитъ дѣло, когда переломъ такой ненормально хрупкой кости происходитъ при обычной работѣ и при отсутствіи какого-нибудь чрезвычайнаго, внезапнаго происшествія. Нормальная кость отъ обычной или умѣренно-усиленной мышечной работы не ломается. Если, слѣдовательно, переломъ происходитъ при обычной работѣ безъ всякихъ особенныхъ побочныхъ обстоятельствъ, то есть основаніе заподозрить самопроизвольный переломъ и отвергнуть зависимость его отъ травмы. Ненормальная хрупкость костей,—если оставить въ сторонѣ рѣдкіе случаи «идіопатической» хрупкости,—вызывается старостью, остеомаляціей и рахитомъ, нервными болѣзнями (трофо-невротическій остеопорозъ, психозы, tabes, сирингоміэлія, poliomyelitis anterior, невриты), каріознымъ процессомъ, новообразованіями въ кости (саркома, энходрома, ракъ, кисты, эхинококкъ), остеоміэлитическимъ абсцессомъ, чаще же всего третичнымъ сифилисомъ. На верхнихъ конечностяхъ чаще встрѣчаются самопроизвольные переломы сифилитическаго происхожденія, на нижнихъ же, благодаря функціональному приспособленію костей къ нагрузкѣ, процессъ новообразованія кости возмѣщаетъ костныя потери (Schuchardt). Напротивъ, старческій и остеоневротическій остеопорозъ чаще вызываютъ самопроизвольные переломы на нижнихъ конечностяхъ, которымъ приходится выдерживать тяжесть тѣла.

Не меньшее значеніе для экспертизы имѣетъ острый травматическій остеоміэлитъ, подробно изученный Thiem'омъ. Предполагается, что возбудители болѣзни, главнымъ образомъ staphylococcus pyogenes aureus (и albus), далѣе стрептококки, бациллы пнеймоніи и тифа проникаютъ въ кровь черезъ кожу или слизистую оболочку пищеварительныхъ и мочеполовыхъ путей, либо черезъ легкія, и отлагаются затѣмъ въ костномъ мозгѣ, не оставляя никакого воспалительнаго процесса на мѣстѣ первоначальнаго внѣдренія. Другіе, въ томъ числѣ и Thiem, защищаютъ взглядъ, что различные микробы имѣютъ различныя входныя ворота, гдѣ они и вызываютъ прежде всего первичное воспалительное гнѣздо; оттуда уже вторично микробы переходятъ въ костный мозгъ. Отложеніе микробовъ происходитъ у ростущихъ индивидуумовъ преимущественно въ той части эпифизныхъ хрящей, которая обращена къ костномозговой полости, ибо «тамъ имѣется множество концевыхъ сосудистыхъ петель и кровь циркулируетъ въ веществѣ мозга внѣ сосу-

довъ». Мы имѣемъ здѣсь такимъ образомъ мѣсто постояннаго физіологическаго раздраженія; рядомъ съ обильнымъ кровенаполненіемъ имѣется замедленіе кровяного тока; здѣсь происходитъ своего рода «фильтрація» микробовъ (Tillmanns) и въ то же время существуетъ для нихъ очень благопріятная питательная среда (Thiem). При экспериментахъ съ искусственнымъ вызываніемъ остеоміэлита у животныхъ при помощи введенія въ кровь бактерій оказывается, что механическое раздраженіе (размозженіе мягкихъ частей, переломъ кости, застой) во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ значительно благопріятствуетъ появленію остеоміэлита. Lexer показалъ, что если молодому животному ввести какимъ-либо образомъ въ кровь гноеродныя бактеріи и затѣмъ нанести ударъ по эпифизной линіи какой-либо кости, то черезъ короткое время на мѣстѣ травмы возникаетъ остеоміэлитъ. Повидимому и у человѣка травма создаетъ locus minoris resistentiae: можетъ быть, при этомъ происходитъ уменьшеніе стойкости клѣтокъ, а можетъ быть—кровоизліяніе создаетъ благопріятную почву для развитія бактерій.

«Такъ какъ—говоритъ Thiem—имперское страховое бюро уже неоднократно высказывалось въ томъ смыслѣ, что пострадавшій имѣетъ право на вознагражденіе, даже если несчастный случай не является единственной причиной болѣзни, а играетъ причинную роль лишь наряду съ другими моментами, то очевидно, что и острое инфекціонное воспаленіе надкостницы и костнаго мозга мы должны считать травматическимъ заболѣваніемъ, разъ съ несомнѣнностью установлена наличность одного изъ указанныхъ выше благопріятствующихъ моментовъ». Всѣ наблюдавшіеся до сихъ поръ благопріятствующіе моменты онъ дѣлитъ на три группы: 1. Непосредственное травматическое поврежденіе или сотрясеніе соотвѣтствующей части тѣла, ушибъ, толчокъ, размозженіе ея, паденіе на нее, сотрясеніе костнаго мозга при паденіи съ значительной высоты на ноги или на вытянутыя руки. 2. Физическое перенапряженіе, дѣйствующее вредно на опредѣленную часть тѣла (толчкообразное сокращеніе мышцъ на той кости, въ которой затѣмъ развивается остеоміэлитъ). 3. Мѣстное охлажденіе (паденіе въ воду при катаньи на конькахъ, погруженіе ноги въ ледяную воду [Ullmann], паденіе въ рѣку [Kaufmann]).

Впрочемъ острый гнойный травматическій періоститъ и остеоміэлитъ встрѣчаются сравнительно рѣдко (Thiem нашелъ травматическую этіологію въ 9 случаяхъ изъ 70, Körte—въ 9 изъ 34, Lézary—въ 2 изъ 34, Rosenbach—въ 4 изъ 8, Gebele—въ 83 изъ 229).

Небезъинтересно, что знаменитый спеціалистъ по судебной медицинѣ Maschka описалъ случай травматическаго остеоміэлита уже въ 1884 г. Я позволю себѣ вкратцѣ передать этотъ случай (по Thiem'у).

13-лѣтній мальчикъ игралъ съ другими дѣтьми невдалекѣ отъ своего отца; дѣти прыгали съ насыпи на твердую, замерзшую землю съ высоты одной сажени. Мальчикъ при этомъ не разъ падалъ. Кромѣ того онъ еще упалъ съ лѣстницы, на которую взобрался довольно высоко, и, наконецъ, во время ссоры онъ получилъ ударъ ногой въ лѣвое бедро. Въ 10 часовъ вечера мальчикъ сталъ жаловаться на жаръ и боль въ бедрѣ; въ ближайшіе дни припухлость увеличилась, жаръ и бредъ усилились, и мальчикъ умеръ черезъ 4 дня.

Такъ какъ родители считали причиной болѣзни ударъ въ бедро, то было произведено судебно-медицинское вскрытіе.

На вскрытіи оказалось: гной въ плеврѣ и околосердечной сумкѣ, инфаркты съ голубиное яйцо въ легкихъ, небольшіе абсцессы въ почкахъ. Надкостница лѣваго бедра отдѣлена отъ кости, кость мѣстами шероховата. Костный мозгъ мѣстами темнокраснаго цвѣта, переполненъ кровью, мѣстами — блѣденъ, съ размягченіемъ въ серединѣ и съ пропитываніемъ сѣрой, гнойной и мутной жидкостью.

Заключеніе эксперта гласило: Вполнѣ вѣроятно, что гнойное воспаленіе бедра, развившееся у здороваго до того мальчика, вызвано механической причиной. Но такъ какъ на бедрѣ не найдено никакихъ слѣдовъ повреждения, то нельзя съ увѣренностью считать причиной воспаленія ушибъ бедра; гораздо вѣроятнѣе, что причиной заболѣванія были повторные прыжки и неоднократное паденіе во время игры. Подобнаго рода воспаленія встрѣчаются и безъ травмы и чрезвычайно быстро ведутъ къ смерти. Въ виду быстраго теченія болѣзни и перехода ея въ септицемію, Maschka считалъ ее за инфекціонную болѣзнь, которая началась съ костнаго мозга и, вѣроятно, зависѣла отъ поступленія бактерій въ кровь, вызваннаго травмой.

Въ концѣ своей прекрасной и исчерпывающей работы по этому столь важному для травматологіи вопросу Thiem говоритъ: «Хотя инфекціонное воспаленіе надкостницы и костнаго мозга по большей части возникаетъ у человѣка безъ видимой травматической причины, тѣмъ не менѣе мѣстныя травматическія поврежденія или сотрясенія конечностей при паденіи съ значительной высоты, даже мышечное напряженіе, дѣйствующее на опредѣленный участокъ кости (такъ назыв. перенапряженіе), и наконецъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ сильное мѣстное или общее охлажденіе могутъ благопріятствовать размноженію бактерій и проявленію болѣзни либо на мѣстѣ поврежденія, либо въ другомъ какомъ-либо мѣстѣ; въ такихъ случаяхъ періоститъ и остеоміэлитъ нужно квалифицировать, какъ послѣдствіе несчастнаго случая, если первые мѣстные или общіе симптомы болѣзни проявились непосредственно послѣ несчастнаго случая или не позже 14 дней послѣ него и если эти ранніе симптомы были засвидѣтельствованы врачемъ или другимъ лицомъ, заслуживающимъ полнаго довѣрія». Двухнедѣльнѣй срокъ, который Thiem считаетъ максимальнымъ, можетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ быть удлиненъ; но такія исключенія должны дѣлаться на основаніи какихъ-либо существенныхъ соображеній (Sudeck).

Хорошо разработанъ также въ настоящее время вопросъ о посттравматическомъ мѣстномъ туберкулезѣ мягкихъ частей (сухожильныхъ влагалищъ, слизистыхъ сумокъ, яичекъ), а также костей и суставовъ. Какъ извѣстно, у людей, повидимому, совершенно здоровыхъ, развивается нерѣдко мѣстный туберкулезъ подъ вліяніемъ сравнительно незначительныхъ поврежденій (ушибовъ, растяженій и пр.); такой туберкулезъ, согласно современнымъ научнымъ воззрѣніямъ, стоитъ въ несомнѣнной связи съ травмой. Sudeck, Becker и др. цитировали неоднократно извѣстный циркуляръ одного изъ военныхъ министровъ во Франціи, требующій отъ военныхъ врачей болѣе внимательнаго отношенія къ случаямъ растяженія стопы, ибо въ послѣднее время значительно участились случаи туберкулезной костоѣды у солдатъ, причемъ больные опредѣленно указываютъ, какъ на причину болѣзни, на полученное растяженіе стопы. При тяжелыхъ поврежденіяхъ мѣстный туберкулезъ почти никогда не развивается; Volkmann объясняетъ это тѣмъ, что усиленное разрощеніе ткани, слѣдующее за сильной травмой, препятствуетъ размноженію бактерій, между тѣмъ какъ болѣе легкія поврежденія понижаютъ жизнедѣятельность тканей и создаютъ такимъ образомъ locus minoris resistentiae, благопріятствующій поселенію циркулирую-

щихъ въ крови бациллъ (Krause). Правиленъ ли этотъ взглядъ или, вѣрнѣе, воззрѣніе, новыхъ изслѣдователей (Honsell, Friedrich, Pietrzikowski, Leser), полагающихъ, что травма превращаетъ скрытый мѣстный туберкулезъ (осумкованное гнѣздо) въ явный, этотъ вопросъ пока остается нерѣшеннымъ. Мы должны довольствоваться тѣмъ фактомъ, что посттравматическій мѣстный туберкулезъ, хотя и рѣдко, но все-таки встрѣчается. При экспертизѣ въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ руководиться выводами, къ которымъ пришелъ въ своей исчерпывающей работѣ Pietrzikowski, и которые сводятся къ слѣдующему:

«1. На основаніи извѣстныхъ до сихъ поръ экспериментальныхъ изслѣдованій связь между травмой и мѣстнымъ туберкулезомъ не можетъ считаться доказанной съ несомнѣнностью.

2. Клиническія наблюденія и статистика не оставляютъ сомнѣнія, что травма можетъ иногда у людей, повидимому, здоровыхъ, а чаще у туберкулезныхъ субъектовъ служить предрасполагающимъ моментомъ для развитія мѣстнаго туберкулеза.

3. Какъ часто встрѣчаются случаи мѣстнаго туберкулеза, при которыхъ травма играетъ роль предрасполагающаго момента, это можно опредѣлить только приблизительно: можно считать, что такую этіологію имѣютъ около 20% всѣхъ туберкулезныхъ заболѣваній суставовъ и костей.

4. Отличить травматическое туберкулезное заболѣваніе отъ нетравматическаго невозможно. Случаи туберкулеза костей и суставовъ, при которыхъ травма не играетъ никакой роли, встрѣчаются по крайней мѣрѣ въ три раза чаще, чѣмъ случаи травматическихъ заболѣваній.

5. Обыкновенно развитію мѣстнаго туберкулеза способствуютъ легкія травмы—ушибы, растяженія, сотрясенія и пр., оставляющія послѣ себя незначительныя поврежденія. Возникновеніе туберкулеза послѣ тяжелыхъ поврежденій, переломовъ, вывиховъ, разрывовъ и пр. принадлежитъ къ большимъ рѣдкостямъ.

6. Для того, чтобы возникшее послѣ травмы свѣжее туберкулезное заболѣваніе сустава или кости поставить въ причинную связь съ травмой, необходимо съ медицинской точки зрѣнія, чтобы существовала несомнѣнная связь съ доказаннымъ несчастнымъ случаемъ въ отношеніи какъ мѣста, такъ и времени развитія болѣзненнаго процесса. Необходимо, чтобы врачебнымъ наблюденіемъ былъ установленъ непрерывный рядъ болѣзненныхъ явленій, начиная съ первыхъ послѣдствій травмы и кончая моментомъ установленія діагноза туберкулеза. Промежутокъ времени между несчастнымъ случаемъ и первыми діагностически цѣнными симптомами болѣзни не долженъ превосходить эмпирически установленнаго срока. Онъ не долженъ быть ни слишкомъ малъ (нѣсколько недѣль), ни слишкомъ великъ (maximum годъ).

7. Если на мѣстѣ поврежденія развивается въ сравнительно короткое время—въ нѣсколько дней или недѣль—туберкулезный процессъ сустава или кости съ обширнымъ мѣстнымъ распространеніемъ, то въ большинствѣ случаевъ можно принять, что на мѣстѣ поврежденія уже раньше существовало старое болѣзненное гнѣздо, которое временно оставалось въ скрытомъ состояніи, не обусловливая замѣтныхъ функціональныхъ разстройствъ, и что это гнѣздо подъ вліяніемъ травмы распалось и распространилось, вслѣдствіе чего болѣзненный процессъ обострился и ухудшился.»

Такимъ образомъ только что цитированный нами авторъ придерживается новѣйшей теоріи, по которой на мѣстѣ травмы долженъ былъ существовать скрытый туберкулезный процессъ, и что травма только способствуетъ его проявленію. Другіе авторы, какъ мы уже указали выше, придерживаются другого взгляда, именно, что травма создаетъ только locus minoris resistentiae, благопріятствующій поселенію находящихся уже въ организмѣ туберкулезныхъ бациллъ. Говорятъ ли въ пользу перваго взгляда тѣ случаи, гдѣ у повидимому здоровыхъ лицъ развивается послѣ травмы мѣстный туберкулезъ, а за нимъ легочная чахотка,—этотъ вопросъ остается открытымъ. Впрочемъ для эксперта важно только отвѣтить на вопросъ, находится ли чахотка, повлекшая за собою смерть, въ связи съ бывшей травмой. Въ качествѣ примѣра приведу случай A. Wagner'a, опубликованный въ Sachverst.-Ztg. (1896, № 1).

32-лѣтній кожевникъ, бывшій всегда вполнѣ здоровымъ, не отягощенный патологической наслѣдственностью (правда, два брата умерли отъ чахотки, но предполагалось, что болѣзнь была вызвана ихъ профессіей), при поднятіи на лѣстницу съ тяжелой ношей упалъ и ушибъ правый локтевой суставъ. Послѣ этого—при полномъ отсутствіи какихъ-либо анамнестическихъ указаній на туберкулезъ—у рабочаго постепенно развилась картина туберкулезнаго пораженія сустава, и черезъ $1^1/_2$ года дѣло дошло до резекціи сустава, который при этомъ оказался дѣйствительно туберкулезнымъ. Вскорѣ послѣ операціи больной сталъ кашлять, появились признаки верхушечнаго катарра, и черезъ 6 лѣтъ послѣ операціи больной умеръ отъ легочной чахотки. Такимъ образомъ вопросъ сводился къ тому, чтобы установить зависимость между легочной чахоткой и заболѣваніемъ сустава при условіи отсутствія наслѣдственнаго предрасположенія. Пріобрѣтеннаго предрасположенія въ данномъ случаѣ также не было. Напротивъ, вполнѣ вѣроятно, что травма послужила толчкомъ къ развитію туберкулеза въ суставѣ. Цитатами изъ Volkmann'a, Litthauer'a и Koenig'a авторъ доказываетъ, что травма можетъ создать locus minoris resistentiae, т. е. мѣсто, благопріятное для развитія микроорганизмовъ Такъ, по его мнѣнію, обстояло дѣло и въ данномъ случаѣ. Но спрашивается, гдѣ былъ первоначальный источникъ туберкулезныхъ бациллъ? Здѣсь можно сдѣлать два предположенія: во-первыхъ, что еще до травмы суставъ былъ пораженъ туберкулезнымъ процессомъ, и что травма дала только толчокъ къ дальнѣйшему его развитію; во-вторыхъ, что травма создала лишь благопріятную почву для позднѣйшаго развитія инфекціи. Авторъ считаетъ первое предположеніе болѣе естественнымъ, ибо, во-первыхъ, скрытые туберкулезные процессы не составляютъ рѣдкости, а, во-вторыхъ, съ перваго момента послѣ травмы суставъ былъ гораздо болѣе болѣзненнымъ, чѣмъ можно было бы ожидать по характеру полученнаго поврежденія. То обстоятельство, что бациллы проникли въ правый локтевой суставъ, находитъ себѣ объясненіе въ болѣе значительномъ притокѣ крови къ правой рукѣ, зависящемъ отъ большей работы и большаго развитія этой руки; вообще же предполагается, что бациллы заносятся именно токомъ крови. Продолжительность скрытаго періода болѣзни говоритъ въ пользу того, что субъектъ не былъ предрасположенъ къ туберкулезу и что процессъ окончился бы выздоровленіемъ, если бы травма и послѣдовавшій за нею усиленный притокъ крови не создали особо благопріятныхъ условій для развитія туберкулезныхъ бациллъ. Авторъ приводитъ другое свое наблюденіе, касающееся $2^1/_2$-лѣтняго мальчика, крѣпкаго сложенія, безъ всякаго наслѣдственнаго предрасположенія, у котораго послѣ паденія на лѣвую ногу, въ теченіе 10 дней развился острый туберкулезъ стопы. Здѣсь, по всей вѣроятности, имѣлась предварительная инфекція туберкулезнымъ молокомъ. Возвращаясь къ первому случаю, авторъ ставитъ дальнѣйшій вопросъ, именно: зависѣло ли заболѣваніе легкихъ отъ травмы, т. е. можно ли объяснить его возникновеніе заносомъ инфекціи изъ больного сустава. Вѣдь можно сдѣлать и такое предположеніе, что и въ легкихъ было скрытое туберкулезное гнѣздо, которое, благодаря травмѣ и связанному съ нею сотрясенію, получило толчокъ къ развитію. Но такое предположеніе невѣроятно (хотя такіе случаи несомнѣнно встрѣчаются), ибо легочный туберкулезъ развился въ данномъ случаѣ черезъ $1^1/_2$ года послѣ травмы; нѣтъ основаній предполагать, что та самая травма, которая дала толчокъ къ развитію тубцркулеза сустава, вызвала спустя $1^1/_2$ года обостреніе

скрытаго легочнаго процесса. Гораздо естественнѣе допустить, что инфекція легкаго произошла вторично, путемъ заноса микроорганизмовъ изъ сустава, ибо черезъ легкія проходитъ кровь изъ всѣхъ частей организма. Первоначальная стойкость больного по отношенію къ легочному туберкулезу могла легко исчезнуть подъ вліяніемъ того ослабленія организма, которое было связано съ продолжительнымъ процессомъ въ кости, и превратиться въ концѣ-концовъ въ предрасположеніе къ туберкулезу.

На основаніи этой экспертизы вдовѣ умершаго была присуждена установленная закономъ рента.

Вопросъ о травматическихъ новообразованіяхъ костей я разсмотрю въ одной изъ послѣдующихъ лекцій въ связи съ вопросомъ о травматической этіологіи новообразованій вообще. Теперь же я намѣренъ указать еще на одно очень важное въ судебно-медицинскомъ отношеніи заболѣваніе, діагносцируемое путемъ радіоскопическаго изслѣдованія, именно на такъ назыв «острую костную атрофію». Знакомствомъ съ этой болѣзнью мы обязаны одному изъ самыхъ серьезныхъ изслѣдователей въ этой области Paul Sudeck'у (Гамбургъ). Я думаю, что цѣлесообразнѣе всего привести нѣсколько выдержекъ изъ исчерпывающаго труда Sudeck'a, помѣщеннаго въ 8 томѣ обширнаго «Handbuch der Sozialen Medizin» Fürst-Windscheid'a.

Симптомы этого заболѣванія костей конечностей были извѣстны, вѣроятно, всѣмъ врачамъ-травматологамъ, но до Sudeck'a не знали истинной анатомической основы этихъ симптомовъ. Sachs и Freund въ своемъ прекрасномъ сочиненіи «Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen» даютъ слѣдующее сжатое и мѣткое описаніе этимъ симптомовъ: «Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ поврежденія стопы, пальцевъ ногъ, а также и колѣна намъ приходилось наблюдать своеобразный симптомокомплексъ, патогенезъ котораго остается для насъ несовсѣмъ яснымъ. Послѣ поврежденія обыкновенно медленно развивается слѣдующая картина болѣзни. На поврежденной конечности замѣчается пониженіе кожной температуры до колѣна, а иногда и въ нижней части бедра. Кожа блѣднѣе, чѣмъ на другой ногѣ, иногда она немного синевата и слегка опухша. Чувствительность немного понижена, рефлексы въ большинствѣ случаевъ нѣсколько ослаблены. Иногда замѣчается усиленная потливость. Мускулатура немного уменьшена въ объемѣ. Больные жалуются на боли въ области поврежденія и на слабость во всей ногѣ: они не могутъ такъ же свободно пользоваться больной ногой, какъ пользуются здоровой; они немного хромаютъ и держатъ поврежденную ногу въ необычномъ положеніи. Эту картину болѣзни мы наблюдали и совершенно самостоятельно, и въ комбинаціи съ заболѣваніями центральной нервной системы».

Такія же клиническія явленія описалъ още въ 1883 г., т. е. задолго до открытія Röntgen'a, Julius Wolff, наблюдавшій ихъ у дѣтей и подростковъ послѣ длительнаго туберкулезнаго коксита. У лицъ, находившихся въ періодѣ заканчивающагося роста, они были связаны съ преждевременнымъ окостенѣніемъ эпифизной линіи (пониженіе регенеративной способности эпифизнаго хряща), изъ чего дѣлали выводъ, что и у очень молодыхъ индивидуумовъ регенеративная способность эпифизнаго хряща должна быть понижена, вслѣдствіе чего соотвѣтствующая конечность и остается въ недоразвитомъ состояніи. J. Wolff смотрѣлъ на такое недоразвитіе скелета, какъ на результатъ трофическаго разстройства. Этой атрофіи ростущихъ костей до извѣстной степени противоположна, хотя и имѣетъ

съ нею одну и ту же этіологію, концентрическая атрофія зрѣлыхъ костей, при которой, какъ показываютъ Röntgen'овскіе снимки Sudeck'a, «внѣшніе контуры кости сохраняютъ свою форму, между тѣмъ какъ внутреннія части атрофируются».

По изслѣдованіямъ Sudeck'a травматическая костная атрофія начинаетъ развиваться, повидимому, вскорѣ послѣ травмы; на 5-й недѣлѣ ее можно уже ясно распознать на рентгенограммѣ, а послѣ 8—10 недѣль она можетъ уже достигнуть значительнаго развитія. Мнѣ недавно пришлось наблюдать такую атрофію не травматическаго происхожденія, развившуюся въ костяхъ пальцевъ послѣ тяжелаго артрита лучезапястнаго сустава; артритъ развился вслѣдъ за стрептококковой ангиной и оставилъ послѣ себя анкилозъ пораженнаго сустава. Радіограмма въ первой стадіи болѣзни даетъ по Sudeck'у слѣдующую характерную картину: «Прежде всего въ губчатомъ веществѣ мелкихъ костей (костей запястья, суставныхъ концовъ, костей предплечья, основаній и головокъ пястныхъ костей и фалангъ и соотвѣтствующихъ костей нижнихъ конечностей) замѣчаются своеобразныя пятна, дѣлающія структуру кости неясной вплоть до полнаго ея исчезанія; корковое вещество въ этомъ періодѣ остается еще неизмѣненнымъ. Вся картина производитъ такое впечатлѣніе, какъ нарисованный тушью рисунокъ, смоченный водой, стертый или запачканный руками. Кромѣ этихъ свѣтлыхъ пятенъ попадается нерѣдко, въ особенности въ костяхъ запястья и чаще всего при туберкулезѣ, еще разлитое просвѣтлѣніе костной тѣни, достигающее иногда такой степени, что не только внутренняя структура кости, но и внѣшніе контуры отдѣльныхъ костей исчезаютъ. Вся картина какъ бы покрыта туманомъ. Въ хроническихъ случаяхъ, которые, однако, не слѣдуетъ относить къ числу особенно тяжелыхъ, мы не находимъ той расплывчатости структуры, которая характерна для начальныхъ стадій болѣзни; здѣсь мы замѣчаемъ только особую нѣжность и тонкость строенія кости, зависящія отъ исчезновенія или утонченія отдѣльныхъ перекладинъ; но «рисунокъ» кости остается «яснымъ». Въ очень тяжелыхъ хроническихъ случаяхъ не только замѣчается просвѣтлѣніе тѣни, которую даетъ кость, но и вся структура послѣдней оказывается совершенно исчезнувшей. Sudeck убѣжденъ, что такія же измѣненія встрѣчаются и въ большихъ костяхъ конечностей; въ далеко зашедшихъ случаяхъ ихъ можно ясно различить въ локтевомъ и колѣнномъ суставѣ, рѣже въ тазобедренномъ суставѣ, если сравнить радіограмму больного сустава съ радіограммой здороваго. Если указанныя измѣненія въ крупныхъ суставахъ мало изучены, то это объясняется исключительно техническими трудностями изслѣдованія. Гистологическое изслѣдованіе больныхъ костей показало, что въ данномъ случаѣ рѣчь идетъ о настоящей костной атрофіи съ разсасываніемъ костныхъ перекладинъ.—Въ то время, какъ костная атрофія травматическаго происхожденія зависитъ отъ периферическаго раздраженія, т. е. отъ разстройства трофоневротическаго характера, другая болѣе извѣстная форма костной атрофіи, именно «невротическая», выражающаяся въ повышенной ломкости кости и развивающаяся у психическихъ больныхъ, у табетиковъ, при переднемъ поліоміэлитѣ, міэлитѣ, сирингоміэліи, травматическихъ и идіопатическихъ невритахъ,—является результатомъ заболѣванія центральной (рѣже периферической) нервной системы.

Я нѣсколько подробнѣе остановился на вопросѣ о костной атрофіи Sudeck'a въ виду того, что послѣдняя имѣетъ очень большое судебно-медицинское значеніе. Я желалъ бы, чтобы читатели возможно яснѣе усвоили симптоматологію этой болѣзни, патогенезъ которой намъ еще не извѣстенъ, и которая нерѣдко вводитъ въ ошибку экспертовъ, благодаря противорѣчію между сравнительно незначительными клиническими симптомами и подчасъ очень рѣзкими субъективными явленіями,—противорѣчію, которое невольно вызываетъ у эксперта предположеніе о симуляціи. Только въ очень тяжелыхъ случаяхъ острой костной атрофіи мы находимъ одновременно измѣненія и въ мускулатурѣ (атрофія), кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ (твердый отекъ, ціанозъ, hypertrichosis, hyperhidrosis) и на ногтяхъ (трещины и желобки)—измѣненія, дополняющія картину болѣзни, описанную Sudeck'омъ.

Къ числу самыхъ частыхъ травматическихъ заболѣваній принадлежатъ заболѣванія суставовъ. Такъ какъ болѣзни суставовъ вообще встрѣчаются очень часто въ зрѣломъ возрастѣ, а у рабочихъ, подверженныхъ простудамъ и повторнымъ мелкимъ травмамъ въ особенности, то врачу-эксперту приходится довольно часто рѣшать вопросъ—имѣется ли въ данномъ случаѣ травматическое заболѣваніе или нѣтъ. Рѣшить этотъ вопросъ далеко не легко. Сравнительно меньше трудностей представляютъ тѣ случаи, гдѣ послѣ поврежденія одного сустава почти одновременно или вскорѣ послѣ того заболѣваютъ другіе суставы и гдѣ, слѣдовательно, мы можемъ предполагать вторичную метастатическую инфекцію этихъ суставовъ. На основаніи внимательнаго сопоставленія всѣхъ особенностей даннаго случая, характера поврежденія и времени, протекшаго между несчастнымъ случаемъ и заболѣваніемъ, можно съ большей или меньшей вѣроятностью рѣшить указанный выше вопросъ. Согласно современнымъ научнымъ воззрѣніямъ можно считать установленными слѣдующія положенія: Если рѣчь идетъ о туберкулезномъ заболѣваніи сустава, то здѣсь приложимы всѣ тѣ соображенія, которыя были приведены по поводу мѣстнаго туберкулеза костей. Если же послѣ травмы развился острый суставной ревматизмъ, который мы теперь разсматриваемъ, какъ общую инфекціонную болѣзнь съ локализаціей въ суставахъ, то мы, согласно наблюденію многихъ травматологовъ, можемъ только тогда признать наличность травматической этіологіи, когда суставы заболѣли не позднѣе, какъ черезъ 2 недѣли послѣ поврежденія, и когда поврежденный суставъ заболѣлъ первымъ или же интенсивнѣе другихъ суставовъ (Sudeck). Точно также и рецидивъ мы можемъ относить на счетъ травмы только въ томъ случаѣ, если онъ поражаетъ преимущественно поврежденный суставъ (Becker). Такъ же обстоитъ дѣло и при другихъ формахъ хроническаго артрита, при polyarthritis rheumatica, arthritis nodosa, synovitis chronica; при всѣхъ этихъ формахъ мы рѣдко наблюдаемъ травматическую этіологію; зато ухудшеніе болѣзни подъ вліяніемъ травмы, напротивъ, встрѣчается очень часто. Само собою разумѣется, что врачъ долженъ быть возможно осторожнѣе, долженъ подробно изслѣдовать всѣ индивидуальныя особенности каждаго случая и, если можно, убѣдиться въ дѣйствительномъ ухудшеніи функціи послѣ травмы. Что касается arthritis deformans, который далеко не рѣдко имѣетъ характеръ посттравматическаго заболѣванія, то, по мнѣнію Sudeck'a, къ которому я въ этомъ случаѣ вполнѣ присоединяюсь, въ

пользу травматической этіологіи говорятъ слѣдующіе признаки: сравнительно быстрое развитіе процесса, первоначальное появленіе его въ поврежденномъ суставѣ, въ особенности если этотъ суставъ вообще лишь рѣдко служитъ мѣстомъ первичнаго развитія этой болѣзни, наконецъ ограниченіе процесса однимъ только поврежденнымъ суставомъ. Анатомическія измѣненія, вообще говоря, тождественны при травматическомъ и нетравматическомъ arthritis deformans, только при первомъ они какъ будто достигаютъ большаго развитія. Arthritis urica можетъ по Minkowsk'ому быть вызванъ травмой отчасти прямо, отчасти косвенно; травма можетъ сдѣлать извѣстный суставъ предрасположеннымъ къ отложенію мочекислыхъ солей въ то время, когда самый мочекислый діатезъ еще не существуетъ. Наконецъ травма можетъ вызвать появленіе hydrops intermittens или ухудшить его теченіе (H. Schlesinger).

Что на почвѣ травмы появляются суставныя мыши, т. е. что поврежденіе сустава сопровождается нерѣдко отрывомъ кусковъ хрящей или кости,—это общеизвѣстно. Но въ литературѣ описаны и такіе случаи, когда какой-либо стебельчатый наростъ, не вызывавшій никакихъ разстройствъ, превращался благодаря травмѣ въ суставную мышь или когда послѣдняя развивалась на почвѣ травматическаго arthritis deformans въ его дальнѣйшемъ теченіи. Этіологія травматическихъ суставныхъ мышей совершенно противоположна этіологіи нетравматическихъ, возникающихъ вслѣдствіе тѣхъ или иныхъ болѣзненныхъ процессовъ, напр. обезображивающаго артрита или даже, какъ утверждаетъ König, въ здоровыхъ суставахъ въ результатѣ «arthritis dissecans». Само собой разумѣется, что дифференціальный діагнозъ между обѣими этими формами—травматической и патологической—имѣетъ большое судебно-медицинское значеніе. Первая развивается обыкновенно спустя много времени послѣ того, какъ затихли типичные признаки самой травмы, вторая же развивается въ теченіе самаго болѣзненнаго процесса въ суставѣ. По словамъ Sudeck'a, существуетъ и радіоскопическая разница между обѣими формами: травматическія тѣла обыкновенно гладки, безъ выступовъ и состоятъ либо только изъ хряща, либо изъ хряща и связанныхъ съ нимъ кусочковъ кости; патологическія тѣла, напротивъ, имѣютъ почковидную или сердцевидную форму, покрыты буграми или наростами или же имѣютъ ясно замѣтный hilus.

Особой осторожности требуетъ экспертиза по поводу такъ назыв. суставныхъ неврозовъ, происхожденіе которыхъ нерѣдко приписывается небольшимъ травмамъ. На практикѣ необходимо въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ установить наличность травмы, ибо это является обязательнымъ условіемъ для признанія связи между болѣзнью и несчастнымъ случаемъ, хотя бы и существовало предрасположенію къ заболѣванію со стороны изслѣдуемаго. Такъ назыв. «трофоневротическая» атрофія кожи и мышцъ не имѣетъ значенія для экспертизы, ибо она встрѣчается и при нетравматическихъ неврозахъ суставовъ въ результатѣ продолжительной бездѣятельности конечности.

Болѣе достовѣрны въ настоящее время наши свѣдѣніи о травматическомъ происхожденіи воспаленія слизистыхъ сумокъ. Мы знаемъ хроническое воспаленіе bursae praepatellaris, какъ профессіональную болѣзнь у домашней прислуги («Housemaidsknee»), развивающуюся подъ вліяніемъ повторнымъ травмъ; далѣе мы знаемъ,

что описанное впервые Mosetig'омъ воспаленіе bursae intertubercularis, поверхъ которой проходитъ длинное сухожиліе двуглавой мышцы, можетъ быть иногда травматическаго происхожденія (растяженіе или ушибъ плеча); наконецъ извѣстно, что послѣ травмы наблюдаются иногда острые инфекціонные бурситы. Я видѣлъ случай bursitis intertubercularis у охотника, развившійся несомнѣнно подъ вліяніемъ повторныхъ легкихъ травмъ—именно вслѣдствіе отдачи ружья во время стрѣльбы; это, слѣдовательно, былъ случай профессіональной болѣзни, а не несчастный случай въ смыслѣ закона о страхованіи.

Травматическое происхожденіе ганглій мы въ настоящее время отрицаемъ, хотя больные нерѣдко и утверждаютъ обратное; но такъ какъ образованіе ганглія зависитъ отъ дегенеративныхъ процессовъ въ сумкѣ и въ околосуставной ткани (рѣже въ сухожиліи и вокругъ него), то объяснить это травмой невозможно (H. Engel).

Поврежденія мышцъ (разрывъ мышцъ и сухожилій, мышечныя грыжи) очень рѣдко представляютъ какія-либо трудности въ отношеніи экспертизы [1]). Что касается травматическихъ заболѣваній мышцъ, то изъ нихъ судебно-медицинское значеніе имѣетъ прежде всего окостенѣніе мышцъ (мышечныя остеомы). Здѣсь въ большинствѣ случаевъ приходится отвѣтить на вопросъ, является ли имѣющійся myositis osssficans слѣдствіемъ однократной травмы или онъ развился въ результатѣ повторныхъ небольшихъ травмъ, какъ это, напр., бываетъ при пораженіи приводящихъ мышцъ бедра вслѣдствіе давленія твердаго сѣдла у кавалеристоовъ и наѣздниковъ, или при пораженіи m. vastus lateralis отъ частыхъ ударовъ рукояткой сабли во время верховой ѣзды или m. deltoideus отъ упражненія съ ружьемъ (Mosse среди 600 новобранцевъ, находившихся въ обученіи, нашелъ въ 18 случаяхъ окостенѣніе мышцъ отъ различныхъ упражненій). Число описанныхъ въ литературѣ случаевъ безусловно травматическаго (въ смыслѣ закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ) окостенѣнія мышцъ въ настоящее время уже довольно значительно. Чаще всего окостенѣніе послѣ однократной травмы наблюдалось въ m. brachialis internus въ случаяхъ вывиха локтя, когда эта мышца сильно напрягается и подвергается растяженію или частичному разрыву; затѣмъ въ mm. triceps, biceps и psoas. Повидимому, новообразованіе кости начинается не въ мышечной, а въ соединительной ткани и представляетъ собою не что иное, какъ медленное превращеніе въ костную ткань происшедшаго при травмѣ кровоизліянія,—превращеніе, требующее извѣстнаго предрасположенія со стороны пострадавшаго индивидуума. Такой взглядъ имѣетъ за себя безусловно больше основаній, чѣмъ гипотеза о періостальномъ происхожденіи оссифицирующаго міозита, ибо послѣдній въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ начинается въ межмышечной ткани.

Вопросъ о травматической этіологіи прогрессивной мышечной атрофіи въ настоящее время совершенно не выясненъ.

---

[1]) Медленный разрывъ сухожилія, являющійся, слѣдовательно, профессіональной болѣзнью, лежитъ въ основѣ такъ назыв. «паралича барабанщиковъ», описаннаго впервые Düms'омъ. Здѣсь дѣло идетъ о сухожиліи m. extensor pollicis longus, которое вслѣдствіе чрезмѣрной работы при держаніи барабанныхъ палокъ воспаляется на мѣстѣ выхода изъ ligamentum carpi dorsale; воспаленіе ведетъ къ уменьшенію сопротивляемости сухожилія, и послѣднее въ концѣ-концовъ разрывается.

Windscheid полагаетъ, что связь между dystrophia musculorum progressiva и травмой можно признать только въ томъ случаѣ, если между болѣзнью и травмой прошло не слишкомъ много времени.

Я не буду здѣсь касаться вопроса о посттравматической мышечной атрофіи, такъ какъ вопросъ этотъ въ настоящее время находится еще въ періодѣ обсужденія. Приверженцы рефлекторной теоріи разсматриваютъ всякую атрофію, развивающуюся послѣ травмы, какъ рефлекторную; но взглядъ этотъ отвергается другими, которые признаютъ существованіе атрофіи отъ недѣятельности; на основаніи точныхъ опытовъ на животныхъ я долженъ сказать, что правы приверженцы послѣдней теоріи. Атрофія отъ недѣятельности (уменьшеніе объема мускулатуры вслѣдствіе уменьшенія поперечника мышечныхъ волоконъ), несомнѣнно, существуетъ и въ травматологіи съ нею надо считаться.

Какъ и при myositis ossificans, врачу-эксперту приходится дифференцировать между профессіональной болѣзнью и несчастнымъ случаемъ и при хроническомъ гипертрофирующемъ воспаленіи ладонной фасціи, которое наблюдается если не исключительно, то по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ у лицъ рабочаго класса и носитъ названіе Dupuytren'овской контрактуры пальцевъ. И здѣсь врачъ долженъ отличить, произошла ли болѣзнь въ результатѣ повторявшихся изо дня въ день небольшихъ травмъ, или она явилась слѣдствіемъ несчастнаго случая. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ болѣзнь эта развивается, несомнѣнно, подъ вліяніемъ повторныхъ легкихъ травмъ (давленіе инструмента, удары машины, растяженіе фасціи при извѣстныхъ движеніяхъ), сопровождающихся иногда мелкими надрывами фасціи съ послѣдующимъ рубцовымъ сморщиваніемъ. Но наблюдались и случаи развитія этой болѣзни послѣ однократной травмы (Bardenheuer, Vogt); возможно, что въ такихъ случаяхъ имѣется особое предрасположеніе къ сморщиванію ткани (Sudeck); впрочемъ для экспертизы это послѣднее обстоятельство не имѣетъ значенія. König видитъ предрасполагающій моментъ въ наслѣдственности. Pitha—въ мочекисломъ діатезѣ; наконецъ здѣсь могутъ имѣть значеніе и трофическія разстройства какъ центральнаго (сирингоміэлія, поврежденія спинного мозга), такъ и периферическаго (невритъ, fasciitis) происхожденія: при этомъ можно допустить, что пониженное питаніе ладонной фасціи дѣлаетъ ее легко ранимой даже при незначительныхъ травмахъ. При экспертизѣ надо обращать вниманіе на то, развилась ли контрактура тотчасъ послѣ несчастнаго случая, гдѣ она локализуется, и занимаетъ ли она одну руку или обѣ.

Здѣсь кстати будетъ описать одну форму пораженія тыльной поверхности кисти, рѣже стопы, описанную впервые Sékrétan'омъ и имѣющую извѣстное судебно-медицинское значеніе въ виду тяжести связанныхъ съ нею объективныхъ и субъективныхъ симптомовъ. Мы говоримъ о «твердомъ травматическомъ отекѣ». Во всѣхъ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ (Sékrétan, Vulliet, Jannin, Sutter, Demiéville, Borchard, Grünbaum) имѣлось дѣло съ сравнительно не особенно сильной, но строго локализованной травмой, послѣ которой на тыльной поверхности кисти или стопы появлялась разлитая припухлость. Въ противоположность тому, что мы наблюдаемъ при простыхъ ушибахъ, здѣсь припухлость не поддается противовоспалительному леченію; напротивъ,

она съ каждымъ днемъ все усиливается и приблизительно черезъ 3 недѣли послѣ травмы принимаетъ уже специфическій видъ. Тылъ руки оказывается на-ощупь твердымъ и эластичнымъ, давленіе пальцемъ не оставляетъ ямки («coussinet élastique»), припухлость хотя не рѣзко, но вполнѣ отчетливо отграничена отъ пальцевъ и предплечья, кожа на мѣстѣ припухлости не можетъ быть приподнята въ складку и представляетъ атрофическія измѣненія при нормальной чувствительности. Иногда припухлость цѣликомъ нѣсколько смѣщается по пястнымъ костямъ, причемъ ощущается легкій хрустъ. Ладонная сторона всегда остается совершенно нормальной. Roentgen'овскими лучами можно уже на 4-й недѣлѣ констатировать острую атрофію костей (Sudeck). Патолого-анатомически имѣется дѣло съ разростаніемъ очень плотной, бѣдной сосудами соединительной ткани въ подкожной клѣтчаткѣ тыльной стороны кисти или стопы (Sékrétan вылущилъ опухоль, но, къ сожалѣнію, послѣдняя не была подвергнута гистологическому изслѣдованію). У врача, незнакомаго съ картиной этой болѣзни, съ ея тяжелыми симптомами, развивающимися послѣ незначительной травмы, легко возникаетъ подозрѣніе въ симуляціи, но возможность таковой вполнѣ исключена; гипсовыя повязки не приносятъ здѣсь никакой пользы.

Насколько при только что описанной болѣзни легко установить ея травматическій характеръ, настолько это трудно сдѣлать по отношенію къ тѣмъ многочисленнымъ поврежденіямъ пальцевъ рукъ (а у рабочихъ, работающихъ безъ обуви, и ногъ), а также кисти и стопы, которыя имѣютъ инфекціонный характеръ. Фактъ внѣдренія заразнаго начала можно съ увѣренностью констатировать только тамъ, гдѣ дѣло идетъ о какой-либо специфической, спеціально свойственной данной профессіи инфекціи, напр., если мы наблюдаемъ столбнякъ у землекоповъ, сибирскую язву у кожевниковъ, шерстобитовъ, щеточниковъ, торговцевъ кожей, сапъ и актиномикозъ у мясниковъ, скотопромышленниковъ, пастуховъ и т. д. Если мы имѣемъ дѣло съ флегмоной руки, то рѣшеніе вопроса о томъ, вызвана ли она несчастнымъ случаемъ или нѣтъ, зависитъ отъ продолжительности срока, протекшаго между поврежденіемъ и появленіемъ первыхъ симптомовъ инфекціоннаго заболѣванія; срокъ этотъ не долженъ быть больше 3—4 недѣль (Thiem). Еще труднѣе задача врача въ томъ случаѣ, если поврежденіе кожи отсутствуетъ и, слѣдовательно, нельзя указать мѣсто внѣдренія возбудителя инфекціи. Въ виду того, что опасность инфекціи при работѣ значительно больше, чѣмъ опасность обыденной жизни, то на практикѣ въ такихъ случаяхъ замѣчается тенденція высказываться въ пользу профессіональнаго несчастнаго случая, ибо это вполнѣ отвѣчаетъ если не буквѣ, то духу закона.

При комбинаціи мелкихъ поврежденій—въ особенности на рукахъ—съ инфекціей образующихся при этомъ незначительныхъ пораненій Miller различаетъ нѣсколько категорій случаевъ:

1. Поврежденіе и инфекція происходятъ одновременно во время работы.
2. Поврежденіе происходитъ при работѣ, инфекція—внѣ ея.
3. Поврежденіе происходитъ внѣ работы, инфекція—во время работы.
4. Поврежденіе и инфекція происходятъ внѣ работы.
5. Моменты поврежденія и инфекціи не опредѣлимы.

Вопросъ о зависимости между травмой и заболѣваніемъ рѣшается здѣсь на основаніи данныхъ хирургіи относительно развитія и теченія флегмонозныхъ процессовъ; руководящими моментами являются: боль (инфецированныя раны отличаются длительной болѣзненностью), инкубаціонный періодъ (24—48 час., рѣже больше, до 3—4 недѣль), распространеніе флегмоны и нагноенія (Miller).

Мы переходимъ теперь къ поврежденіямъ позвоночника; эти поврежденія въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ не представляютъ особыхъ трудностей въ отношеніи экспертизы. Я остановлюсь поэтому только на такихъ поврежденіяхъ позвоночника, которыя не сопровождаются поврежденіемъ спинного мозга (объ этомъ послѣднемъ будетъ рѣчь впереди въ связи съ травмой центральной нервной системы) и представляютъ извѣстныя трудности для экспертизы, либо вслѣдствіе продолжительности срока, протекшаго между травмой и наступленіемъ симптомовъ болѣзни, либо вслѣдствіе какихъ-либо другихъ обстоятельствъ, возбуждающихъ сомнѣніе относительно травматическаго характера болѣзни. При оцѣнкѣ различныхъ искривленій, являющихся въ результатѣ поврежденія позвоночника, не слѣдуетъ забывать о тѣхъ искривленіяхъ, которыя развиваются у нѣкоторыхъ категорій рабочихъ (напр. у носильщиковъ) подъ вліяніемъ чрезмѣрной нагрузки позвоночника. Затѣмъ у портныхъ и сапожниковъ, работающихъ въ согнутомъ положеніи, въ болѣе пожиломъ возрастѣ обнаруживается выпячиваніе нижнихъ грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ.

Остановимся прежде всего на spondylitis traumatica, описанной впервые Kümmel'емъ. Послѣ сравнительно легкой травмы, подѣйствовавшей либо въ направленіи продольной оси тѣла (паденіе на ягодицы, на ноги, ударъ какимъ-либо предметомъ по головѣ), либо въ перпендикулярномъ направленіи къ этой оси, наступаютъ обыкновенно сильныя боли, которыя, однако, скоро проходятъ, такъ что пострадавшій въ теченіе многихъ недѣль и мѣсяцевъ продолжаетъ свою работу. Но затѣмъ онъ начинаетъ снова жаловаться на боли, послѣднія становятся все сильнѣе, и наконецъ, развивается горбъ въ формѣ типичнаго, по большей части очень рѣзкаго кифоза. Вслѣдствіе съуженія межпозвоночныхъ отверстій появляются признаки компрессіоннаго неврита (угнетенное состояніе, неврастеническія явленія, повышеніе рефлексовъ). Травма вызываетъ здѣсь переломъ или даже только надломъ тѣла позвонка безъ нарушенія цѣлости губчатаго вещества; затѣмъ въ послѣднемъ начинаетъ медленно развиваться воспалительный процессъ, ведущій къ исчезновенію костнаго вещества и къ размягченію кости. Вслѣдствіе давленія вышележащей части позвоночника размягченное губчатое вещество сдавливается. Ранній діагнозъ здѣсь очень труденъ, и даже рентгеновское изслѣдованіе облегчаетъ діагнозъ только въ исключительныхъ случаяхъ, ибо рентгеноскопія позвоночника встрѣчаетъ множество препятствій. Чтобы не смѣшать это заболѣваніе съ туберкулезнымъ спондилитомъ, нужно обращать вниманіе на три стадіи болѣзни: періодъ первоначальныхъ болей, болѣе или менѣе продолжительный періодъ полной трудоспособности и, наконецъ, періодъ рѣзкихъ разстройствъ и образованія горба.

Переломъ позвоночныхъ дугъ встрѣчается только при непосредственной травмѣ позвонковъ. Такой переломъ почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ ведетъ къ поврежденію спинного мозга. Пе-

реломъ поперечныхъ отростковъ можетъ вызывать упорныя боли и вести къ неподвижности соотвѣтствующей части позвоночника; искривленій при этомъ не развивается (Kaufmann).

Переломъ остистыхъ отростковъ наблюдается часто также при непосредственной травмѣ позвонковъ; впрочемъ въ послѣднее время описаны случаи перелома остистыхъ отростковъ подъ вліяніемъ мышечнаго натяженія (Sauer, Henschen, O. v. Frisch), именно отростковъ 7 шейнаго и двухъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло шло о субъектахъ съ очень крѣпкой мускулатурой, производившихъ какое-либо сильное движеніе трапецевидной или большой ромбовидной мышцей, причемъ несоотвѣтствіе между силой гипертрофированныхъ мышцъ, съ одной стороны, и силой сопротивленія кости, съ другой, давало въ результатѣ переломъ (Henschen).

Болѣзнь Бехтерева, arthritis ankylopoetica позвоночника, при наличности предрасположенія (наслѣдственность?) можетъ также развиться на почвѣ травмы, но здѣсь всегда приходится имѣть дѣло съ тяжелыми поврежденіями позвоночника послѣ сотрясенія тѣла и пр. Извѣстныя затрудненія при экспертизѣ возникаютъ и при lumbago, которое такъ часто и по большей части безъ достаточныхъ основаній принимается за послѣдствіе несчастнаго случая, хотя въ дѣйствительности въ основѣ его лежитъ чаще всего подострый ревматизмъ m. erectoris trunci, m. quadrati lumborum или отдѣльныхъ суставовъ позвоночника. «Я надорвался и почувствовалъ при этомъ сильную боль въ крестцѣ» — говорятъ обыкновенно рабочіе совершенно искренно. При изслѣдованіи, однако, не оказывается ни гематомы, ни другихъ признаковъ поврежденія мышцъ, а изъ анамнеза выясняется, что время отъ времени мышечный ревматизмъ обнаруживался и въ другихъ областяхъ тѣла, между прочимъ и въ той же поясничной области. Впрочемъ выясненіе истины здѣсь не имѣетъ особенно важнаго значенія, такъ какъ обыкновенно при lumbago приходится имѣть дѣло лишь съ кратковременной потерей работоспособности. Только въ хроническихъ случаяхъ, которые могутъ иногда отражаться на работоспособности, экспертиза пріобрѣтаетъ большее значеніе. Въ этихъ случаяхъ мы, какъ и всегда, должны обращать вниманіе на механизмъ той травмы, на которую жалуется пострадавшій, и должны выяснить, имѣло ли при этомъ мѣсто необычное напряженіе мускулатуры спины, какъ велъ себя пострадавшій непосредственно послѣ травмы и что нашелъ первый видѣвшій больного врачъ; на основаніи всѣхъ этихъ данныхъ мы можемъ отличить дѣйствительное поврежденіе отъ обычныхъ при работѣ случайностей и травматическое заболѣваніе отъ ревматическаго. Впрочемъ нужно еще имѣть въ виду возможность растяженія поясничной части позвоночника, которое наблюдалось главнымъ образомъ между косыми отростками пятаго поясничнаго позвонка и крестца въ области fossa lumbo-sacralis. При сильномъ и внезапномъ наклоненіи туловища впередъ поясничная часть позвоночника подвергается сильному растяженію, а косые отростки указанныхъ только что костей подаются назадъ, вслѣдствіе чего можетъ произойти разрывъ связокъ или суставной сумки и образоваться болѣзненная гематома. Послѣ такого поврежденія наклоненіе туловища впередъ остается въ теченіе долгаго времени болѣзненнымъ, а такъ какъ такое наклоненіе безусловно необходимо въ

большинствѣ профессій, то названное поврежденіе имѣетъ серьезное значеніе для работоспособности (Golebiewski).

Наконецъ укажемъ на описанный Kocher'омъ ушибъ межпозвоночныхъ хрящей, наблюдаемый какъ при ушибахъ и растяженіяхъ всего позвоночника, такъ и изолированно. Эта болѣзнь вызываетъ мѣстныя и иррадіирующія боли, а также разстройства въ движеніяхъ и нагрузкѣ позвоночника. Характерными симптомами являются припухлость и чувствительность къ давленію въ области межпозвоночнаго хряша и выпячиваніе ближайшаго вышележащаго остистаго отростка Теченіе болѣзни длительное.

Изъ всего сказаннаго ясно, что даже при оцѣнкѣ такихъ случаевъ, съ которыми врачъ травматологъ встрѣчается на каждомъ шагу, выясненіе связи между заболѣваніемъ и несчастнымъ случаемъ далеко не всегда оказывается легкимъ. Насколько труднѣе рѣшеніе этого вопроса при внутреннихъ болѣзняхъ, которыя, вообще говоря, бываютъ травматическаго происхожденія только въ исключительныхъ случаяхъ, объ этомъ мы будемъ говорить въ ближайшихъ лекціяхъ.

VI Лекція.

Установленіе послѣдствій несчастнаго случая. — Связь между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью съ научной точки зрѣнія. — Болѣзни, которыя могутъ возникнуть на почвѣ травмы. — Нервная система; посттравматическія заболѣванія головного и спинного мозга; послѣдствія поврежденія черепа, мозговой абсцессъ, апоплексія; спинная сухотка, сирингоміэлія, множественный склерозъ, спинномозговыя мышечныя атрофіи; передній поліоміэлитъ, эпилепсія, дрожательный параличъ, Базедова болѣзнь; травматическіе неврозы; травматическіе и посттравматическіе психозы; периферическіе невриты.

Травматическія и посттравматическія заболѣванія внутреннихъ органовъ составляютъ одну изъ интереснѣйшихъ главъ травматологіи. Изъ дальнѣйшаго изложенія читатель увидитъ, какое громадное вліяніе оказало страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ на прогрессъ нашихъ знаній въ области патогенеза этихъ болѣзней. И хотя въ настоящее время врачъ-экспертъ далеко не можетъ еще съ полной увѣренностью отвѣтить на всѣ возникающіе передъ нимъ вопросы, но онъ не лишенъ по крайней мѣрѣ надежды и утѣшенія: надежды на то, что наука въ своемъ безпрерывномъ движеніи впередъ по пути, указываемому соціальнымъ законодательствомъ, сдѣлаетъ доступными для врачебной экспертизы все новыя и новыя области,—и утѣшенія, что въ обязанность врача не входитъ разрѣшеніе вопросовъ съ математической точностью, что отъ него требуется лишь установленіе вѣроятности связи между заболѣваніемъ и несчастнымъ случаемъ независимо отъ того, является ли эта связь прямой или косвенной, и была ли травма единственной причиной заболѣванія или только одной изъ многихъ причинъ. Гуманность закона о страхованіи обязываетъ насъ точно указывать предѣлы нашихъ знаній, ибо современная точка зрѣнія на травматическую этіологію настолько широка, что даетъ намъ полную возможность избѣжать несправедливости по отношенію къ пострадавшимъ.

Обратимся прежде всего къ травматическимъ заболѣваніямъ нервной системы, имѣющимъ такое большое практическое значеніе. Здѣсь нужно поставить на первый планъ мозговыя заболѣванія, развивающіяся на почвѣ поврежденій головы; значеніе этихъ заболѣваній очень велико, такъ какъ даже послѣ сравнительно незначительныхъ поврежденій могутъ — либо тотчасъ же, либо черезъ нѣкоторое время — развиться функціональныя разстройства, которыя въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ приходится квалифицировать, какъ посттравматическія. Чѣмъ же объясняется то обстоятельство, что въ однихъ случаяхъ послѣ тяжелыхъ поврежденій черепа не остается никакихъ длительныхъ разстройствъ, а въ другихъ послѣ незначительныхъ травмъ развиваются длительныя

и тяжелыя заболѣванія? Отвѣчая на этотъ вопросъ, Sachs и Freund указываютъ на условія, лежащія въ самомъ пострадавшемъ. Если мы имѣемъ дѣло съ субъектомъ, у котораго центральная нервная система представляетъ locus minoris resistentiae (наслѣдственное отягощеніе, сифилисъ, алкоголизмъ, артеріосклерозъ), то у такого субъекта даже легкая травма можетъ повести къ явленіямъ раздраженія мозга въ видѣ повышенной возбудимости, измѣненія характера, вазомоторнымъ разстройствамъ (гиперемія мозга, головная боль, головокруженіе, въ особенности при нагибаніи и разгибаніи туловища, мельканіе въ глазахъ, шумъ въ ушахъ, ощущеніе жара въ головѣ, концентрическое съуженіе поля зрѣнія съ утомляемостью и смѣщеніемъ поля зрѣнія, но безъ пошатыванія при закрытыхъ глазахъ), далѣе въ видѣ невральгій, особенно въ области надглазничнаго и большого затылочнаго нерва съ типичными болевыми точками, къ раздраженію блуждающаго нерва, раннему развитію артеріосклероза, и, наконецъ, къ эпилепсіи. Въ другихъ случаяхъ на первый планъ выступаютъ гемиплегіи, моноплегіи, разстройство рѣчи и явленія выпаденія мозговыхъ функцій (спутанность, неспособность оріентироваться, слабость памяти опредѣленнаго типа—именно забывчивость, неспособность запомнить одновременно двѣ вещи (Sachs-Freund); типъ этотъ не слѣдуетъ смѣшивать съ амнезіей послѣ поврежденій головы, касающейся только несчастнаго случая и предшествовавшихъ ему обстоятельствъ). Очень часто наблюдается уменьшеніе выносливости къ ядамъ, въ особенности къ алкоголю и никотину. Я полагаю, что всѣ эти явленія не надо смѣшивать съ травматическими неврозами и травматической неврастеніей, и что ихъ нужно разсматривать какъ чисто мозговые симптомы.

Что касается мозговыхъ абсцессовъ, то, согласно наблюденіямъ большинства авторовъ, они по большей части развиваются не на почвѣ травмы, а на почвѣ метастазовъ, заболѣваній уха и пр. Надо, однако, имѣть въ виду возможность вторичнаго развитія мозгового абсцесса путемъ тромбоза изъ какого-либо гнойнаго фокуса, развившагося послѣ травмы. «Нагноеніе кости можетъ вызвать тромбозъ вены, который, распространяясь далѣе, достигаетъ мозга и вызываетъ на мѣстѣ выхода вены образованіе мозгового абсцесса. Такое происхожденіе хроническихъ мозговыхъ абсцессовъ объясняетъ намъ, почему они всегда отдѣлены отъ поверхности мозга слоемъ здороваго мозгового вещества. Больные, страдающіе абсцессомъ мозга, могутъ въ теченіе многихъ мѣсяцевъ и лѣтъ чувствовать себя совершенно здоровыми, пока какое-либо случайное внѣшнее обстоятельство не даетъ толчокъ къ усиленію нагноенія и къ вскрытію абсцесса въ полость мозговыхъ желудочковъ или на поверхность мозга съ образованіемъ въ послѣднемъ случаѣ остраго гнойнаго менингита. Въ этотъ моментъ наступаютъ внезапно симптомы угрожающаго мозгового заболѣванія, а иногда и почти внезапная смерть» (Sachs-Freund). Я буквально привелъ это мѣсто изъ классическаго сочиненія названныхъ авторовъ «Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen», такъ какъ въ немъ замѣчательно ясно указаны этіологическіе моменты, съ которыми мы должны здѣсь считаться.

Индивидуальныя особенности пострадавшаго, которыя, какъ мы только что указали, имѣютъ такое важное значеніе при легкихъ поврежденіяхъ черепа, играютъ также большую роль и въ этіологіи

травматической апоплексіи, возникающей вслѣдствіе внезапнаго повышенія кровяного давленія при наличности извѣстныхъ заболѣваній сосудовъ (старческій, сифилитическій, токсическій и нефритическій артеріосклерозъ, аневризма). Что травма—все равно физическая или психическая—можетъ вызвать повышеніе внутричерепного давленія, это не подлежитъ никакому сомнѣнію; для этого достаточно даже одного, часто указываемаго «чрезмѣрнаго напряженія» при работѣ. Больше сомнѣній возбуждаетъ предположеніе нѣкоторыхъ авторовъ (K. Mendel, Edel, v. Monakow и др.), что травма сама по себѣ въ состояніи вызвать перерожденіе стѣнокъ сосудовъ, которое можетъ вести къ апоплексіи спустя нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ послѣ травмы (такъ назыв. поздняя послѣтравматическая апоплексія, hémiplégie traumatique tardive Martial). Въ общемъ въ этомъ вопросѣ до сихъ поръ господствуетъ воззрѣніе, основанное на опытахъ Duret и Gussenbauer'а на животныхъ, согласно которому вслѣдствіе травмы, resp. внезапнаго повышенія кровяного давленія происходитъ вытѣсненіе жидкости изъ одного желудочка въ другой, что ведетъ къ мелкимъ кровоизліяніямъ преимущественно въ нѣкоторыхъ мѣстахъ (дно aquaeductus Sylvii и четвертаго желудочка); кровоизліянія, въ свою очередь, ведутъ къ некрозу и размягченію окружающей мозговой ткани и послѣдовательно къ перерожденію сосудовъ въ окружности болѣзненнаго фокуса. Затѣмъ подъ вліяніемъ какого-либо момента, повышающаго кровяное давленіе (чиханіе, напряженіе брюшного пресса при дефекаціи или при подъемѣ тяжести, кашель, coitus, внезапный испугъ, паденіе, повторная травма черепа), происходитъ разрывъ перерожденныхъ сосудовъ.

Экспертиза по вопросу о связи между апоплексіей и травмой встрѣчаетъ извѣстныя трудности только въ случаяхъ поздней апоплексіи. «Апоплексія—говорится въ одномъ постановленіи имперскаго страхового бюро—сама по себѣ не есть несчастный случай; это есть остро возникающая и по большей части остро протекающая болѣзнь, зависящая отъ извѣстныхъ условій, коренящихся въ организмѣ больного. Несчастнымъ случаемъ эта болѣзнь становится тогда, когда толчкомъ къ ея возникновенію служитъ какое-либо происшествіе, стоящее въ связи съ условіями работы, куда между прочимъ относится и чрезмѣрное напряженіе при работѣ». Kurt Mendel, на основаніи обширнаго матеріала, придерживается того взгляда, что «хотя патологическая анатомія еще не доказала существованія связи между поздней апоплексіей и предшествовавшей травмой, но съ клинической точки зрѣнія связь должна считаться доказанной; впрочемъ случаи, когда травма сама по себѣ, безъ всякихъ другихъ моментовъ, непосредственно ведетъ къ поздней апоплексіи, составляютъ большую рѣдкость; въ большинствѣ случаевъ «поздней травматической апоплексіи» травма дѣйствуетъ уже на болѣзненно измѣненные мозговые сосуды и является такимъ образомъ не единственной, а только одной изъ причинъ, порождающихъ апоплексію».

Но, какъ мы уже неоднократно указывали, съ точки зрѣнія смысла закона достаточно, если травма является только «способствующимъ» факторомъ; поэтому эксперту не требуется научно обосновать травматическую этіологію апоплексіи; его обязанность заключается только въ томъ, чтобы подтвердить или отвергнуть существованіе связи

между апоплексическимъ инсультомъ и предшествовавшей ему травмой. Изъ всего сказаннаго выше ясно, что и точка зрѣнія закона, и наши собственныя воззрѣнія на патогенезъ апоплексіи настолько благопріятны для признанія травматической этіологіи этой болѣзни, что только въ случаяхъ, гдѣ связь между инсультомъ и травмой была бы уже слишкомъ искусственной, мы должны ее отвергнуть; другими словами, необходимо только, чтобы самый фактъ травмы былъ установленъ съ несомнѣнностью.

Изъ заболѣваній спинного мозга на почвѣ травмы—если оставить въ сторонѣ прямое поврежденіе мозга отломкомъ позвонка, дуги или отростка—нужно указать на сотрясеніе спинного мозга при непосредственномъ воздѣйствіи травмы на позвоночникъ, а также при паденіи на ягодицы и на ноги. Экспертиза затрудняется здѣсь тѣмъ обстоятельствомъ, что въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ симптомы функціональнаго разстройства (разстройство движеній и чувствительности, недержаніе мочи и кала и пр.) развиваются очень медленно, почти незамѣтно. Здѣсь, какъ и въ другихъ случаяхъ, для установленія травматическаго происхожденія заболѣванія необходимо обращать вниманіе на то, имѣлъ ли дѣйствительно мѣсто несчастный случай, каковъ былъ механизмъ травмы, сколько времени протекло между несчастнымъ случаемъ и появленіемъ симптомовъ болѣзни, и не имѣется ли органическаго заболѣванія спинного мозга, которое впрочемъ далеко не легко отграничить отъ простого сотрясенія.

Сюда же относится случай гематоміэліи у одного кессоннаго рабочаго,—случай, по поводу котораго медицинскій факультетъ въ Страссбургѣ далъ слѣдующую экспертизу.

«Рабочій W., работавшій ежедневно по 8 час. въ сжатомъ воздухѣ кессона, находившагося на глубинѣ 18 метровъ, однажды—10 февр. 1896 г.—при выходѣ изъ кессона почувствовалъ внезапно судорожныя боли въ затылкѣ и своеобразную, близкую къ параличу, слабость въ ногахъ. Постепенно развилось заболѣваніе спинного мозга, сдѣлавшее W. совершенно неработоспособнымъ. И промысловое товарищество, и третейскій судъ отказали W. въ выдачѣ ренты, исходя изъ того соображенія, что здѣсь имѣлось не внезапное, а медленно развившееся подъ вліяніемъ продолжительнаго пребыванія въ сжатомъ воздухѣ заболѣваніе, т. е. профессіональная болѣзнь, а не несчастный случай.

Пострадавшій своевременно подалъ апелляцію въ имперское страховое бюро.

Апелляціонная инстанція прежде всего обратилась къ директору Страссбургской медицинской поликлиники, проф. Kohts'у, съ просьбой дать заключеніе по поводу связи между болѣзнью истца и условіями его работы, а также вообще о сущности развившейся болѣзни. Экспертъ высказался слѣдующимъ образомъ: имѣющіеся у паціента симптомы вызваны острой гематоміэліей, которая, очевидно, находится въ связи съ работой въ кессонѣ, наполненномъ сжатымъ воздухомъ. Эта работа можетъ вызвать внезапныя кровоизліянія даже у совершенно здороваго рабочаго; при локализаціи кровоизліянія въ центральной нервной системѣ, напр., какъ въ данномъ случаѣ, въ спинномъ мозгу, могутъ появиться непоправимыя разстройства. У W. замѣчается ненормальная двигательная слабость верхнихъ и нижнихъ конечностей, рѣзкое дрожаніе и постоянное головокруженіе. Внимательное изслѣдованіе пострадавшаго убѣдило меня, что онъ не только потерялъ работоспособность, но что онъ и нетрудоспособенъ вообще. Для того, чтобы составить ясное представленіе о состояніи больного, я помѣстилъ его для подробнаго испытанія и для леченія въ психіатрическую клинику проф. Fürstner'а.

Имперское страховое бюро обратилось къ этому послѣднему за заключеніемъ, и таковое было выдано отъ имени дирекціи названной клиники 4 апр. 1897 г. Въ этой экспертизѣ мы находимъ слѣдующія соображенія: «Съ іюня 1896 г. W. былъ нѣсколько разъ на пріемѣ въ поликлиникѣ, а съ марта 1897 г. былъ помѣщенъ на нѣсколько дней въ клинику и подвергнутъ подробному многократному изслѣдованію.

Въ анамнезѣ больного нѣтъ ничего особеннаго; онъ былъ всегда здоровъ и въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ работалъ на постройкѣ моста черезъ Рейнъ въ кессонѣ съ давленіемъ въ 1,5—2,0 атмосферы на глубинѣ 25 метровъ при давленіи воды въ 2,5 атмосферы. Какъ и большинство другихъ рабочихъ, работавшихъ при тѣхъ же условіяхъ, W. чувствовалъ себя все время вполнѣ удовлетворительно. И въ день заболѣванія, 10 февр. 1896 г., онъ во время работы чувствовалъ себя хорошо; только когда онъ вышелъ изъ кессона, появились болѣзненные симптомы: боли въ затылкѣ и спинѣ и слабость въ ногахъ. Кромѣ того въ первые дни было разстройство дѣятельности пузыря, такъ что потребовалось врачебное вмѣшательство.

Состояніе больного вскорѣ улучшилось настолько, что въ іюнѣ 1896 г. онъ могъ съ помощью двухъ палокъ явиться въ клинику. Въ то время были отмѣчены симптомы спастической слабости ногъ съ непріятными субъективными ощущеніями въ ногахъ; не подлежало никакому сомнѣнію, что разстройства эти слѣдовало отнести на счетъ пораженія спинного мозга въ грудной части (среднемъ отдѣлѣ).

Въ настоящее время найдено слѣдующее: W. хорошо упитанъ, заболѣваній внутреннихъ органовъ нѣтъ; со стороны черепныхъ нервовъ и верхнихъ конечностей никакихъ разстройствъ. Походка больного все еще неувѣренная: онъ съ трудомъ отдѣляетъ ноги отъ пола; при этомъ въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ замѣчается значительное дрожаніе, которое при ходьбѣ распространяется на все туловище. Дрожаніе же зависитъ отъ рѣзкаго повышенія рефлекторной возбудимости, о чемъ свидѣтельствуетъ также усиленіе колѣнныхъ рефлексовъ и наличность такъ назыв. клонуса стопы. Разстройствъ чувствительности уже нѣтъ. Дѣятельность пузыря нормальна, стулъ все еще неправиленъ. Особенныхъ болей въ спинѣ нѣтъ. Трофическихъ разстройствъ въ нижнихъ конечностяхъ не замѣтно. Имѣющуюся въ настоящій моментъ картину болѣзни—независимо отъ ея происхожденія—нужно разсматривать какъ неполное, находящееся въ стадіи обратнаго развитія поперечное пораженіе спинного мозга въ указанномъ выше отдѣлѣ его. Состояніе это можетъ еще улучшиться, и возможно, что оно окончится полнымъ выздоровленіемъ. Въ настоящій моментъ работоспособность W. крайне мала: затрудненія при ходьбѣ, слабость ногъ, а главное дрожаніе - дѣлаютъ для W. всякую работу по его спеціальности почти невозможной; теоретически можно допустить, что въ сидячемъ положеніи онъ могъ бы заниматься какой-нибудь легкой ручной работой; но практически такой возможности для пострадавшаго не существуетъ. Кромѣ того слѣдуетъ имѣть въ виду, что кромѣ лекарственнаго леченія, W. на ближайшее время нуждается въ возможномъ покоѣ, какъ очень важномъ лечебномъ факторѣ. Въ виду этихъ соображеній нужно считать W. въ настоящее время неработоспособнымъ».

Что касается вопроса о томъ, имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ профессіональной болѣзнью или съ несчастнымъ случаемъ, то я не могу согласиться, чтобы продолжительная работа въ сжатомъ воздухѣ могла быть причиной болѣзни; болѣзнь W. возникла внезапно, какъ непосредственный результатъ перехода изъ болѣе высокаго давленія въ нормальную атмосферу.

Такъ какъ этотъ вопросъ имѣетъ очень важное принципіальное значеніе для всѣхъ рабочихъ, занятыхъ при кессонныхъ работахъ, то я считаю необходимымъ мотивировать свою точку зрѣнія болѣе подробно.

Съ тѣхъ поръ, какъ приблизительно въ 50-хъ годахъ были введены кессонныя работы, выяснилось, что рабочіе никогда не заболѣваютъ, пока они находятся въ сжатомъ воздухѣ, а только тогда, когда они выходятъ изъ кессона, причемъ первыя болѣзненныя явленія обнаруживаются либо тотчасъ же, либо, самое большее, черезъ нѣсколько часовъ. Заболѣванія бываютъ различной силы и имѣютъ различный характеръ; то обнаруживаются симптомы со стороны головного мозга (головокруженіе, спутанность и т. п.), то со стороны спинного мозга (главнымъ образомъ параличи ногъ), то появляются боли въ суставахъ, мышцахъ и пр. Чаще всего встрѣчаются заболѣванія спинного мозга. Причина этихъ явленій была раньше непонятной, пока опыты на животныхъ не разъяснили вопросъ. У животныхъ можно очень легко вызвать явленія паралича и проч., если держать ихъ долгое время въ помѣщеніи со сжатымъ воздухомъ, а затѣмъ внезапно или въ теченіе нѣсколькихъ минутъ понизить давленіе. При вскрытіи труповъ такихъ животныхъ была найдена причина указанныхъ явленій. При высокомъ давленіи кровь поглощаетъ значительныя количества атмосфернаго воздуха; послѣ перехода въ помѣщеніе съ низкимъ давленіемъ поглощенный газъ освобождается и, какъ инородное тѣло, разносится токомъ крови и производитъ въ различныхъ мѣстахъ закупорку арте-

ріальныхъ сосудовъ. Въ результатѣ въ соотвѣтствующихъ участкахъ прекращается кровообращеніе, и ткань омертвѣваетъ. Если это происходитъ въ спинномъ мозгу, то развиваются параличи, которые чаще всего соотвѣтствуютъ пораженію средней части спинного мозга.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что и у кессонныхъ рабочихъ происходитъ тотъ же процессъ. Газъ, который поглощается кровью во время работы въ сгущенной атмосферѣ, при выходѣ изъ кессона освобождается и производитъ указанное выше вредное вліяніе. Рискъ заболѣванія тѣмъ больше, чѣмъ скорѣе совершается переходъ въ нормальную атмосферу; но кромѣ того здѣсь играютъ роль еще случайныя или, лучше сказать, невыясненныя причины, ибо обыкновенно изъ 4—6 рабочихъ, одновременно вышедшихъ изъ кессона, одинъ заболѣваетъ, а другіе нѣтъ; впрочемъ и при другихъ несчастныхъ случаяхъ, напр. при вдыханіи ядовитыхъ газовъ, одинъ индивидуумъ оказывается болѣе стойкимъ, чѣмъ другой. Несчастный случай зависитъ здѣсь главнымъ образомъ отъ быстраго паденія воздушнаго давленія при выходѣ изъ кессона, причемъ, конечно, безразлично, зависитъ-ли это быстрое паденіе отъ порчи механизмовъ или отъ недостатка терпѣнія у рабочаго. Само поврежденіе происходитъ въ теченіе нѣсколькихъ минутъ. Что касается рабочаго W., то такъ какъ можно еще ожидать дальнѣйшаго улучшенія его состоянія, то въ настоящее время можно установить ренту лишь временно; желательно, чтобы черезъ небольшой промежутокъ времени, напр. черезъ 4—5 мѣсяцевъ, W. былъ подвергнутъ вторичному освидѣтельствованію.

Въ заключеніе экспертъ резюмируетъ свои выводы слѣдующимъ образомъ: «W. страдаетъ болѣзнью спинного мозга, дѣлающей его въ настоящій моментъ неработоспособнымъ. Въ дальнѣйшемъ можно ждать улучшенія. Болѣзнь нужно разсматривать какъ «поврежденіе отъ несчастнаго случая» въ смыслѣ требованій закона. Она не является слѣдствіемъ продолжительной работы въ сгущенной атмосферѣ, а возникла въ теченіе нѣсколькихъ минутъ вслѣдствіе слишкомъ быстраго перехода отъ высокаго давленія къ низкому».

Не меньше трудностей возникаетъ при экспертизѣ посттравматическихъ системныхъ заболѣваній спинного мозга. Здѣсь мы въ большинствѣ случаевъ имѣемъ дѣло съ болѣзнью, существовавшей въ скрытомъ состояніи уже до травмы и только ухудшившейся подъ вліяніемъ послѣдней; такимъ образомъ травма является только одной изъ содѣйствующихъ причинъ. При этомъ нужно имѣть въ виду, что травма не должна быть непремѣнно механической, ибо и психическая травма можетъ играть роль этіологическаго момента, а при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ нервной системы значеніе психической травмы особенно велико. Да и въ судебной практикѣ не дѣлается различія между механической и психической травмой, если послѣдняя стоитъ въ непосредственной связи съ несчастнымъ случаемъ. Къ психической травмѣ относится прежде всего испугъ, который несомнѣнно можетъ вызвать рядъ соматическихъ явленій (временную остановку сердца съ послѣдующимъ ускореніемъ его дѣятельности, анемію мозга, дрожаніе, слабость въ ногахъ); затѣмъ сюда же относится страхъ передъ угрожающей опасностью (напр. при столкновеніи поѣздовъ), сопровождающійся такими же соматическими явленіями, какъ и испугъ по поводу уже случившагося несчастія. Sachs и Freund склонны причислять къ моментамъ, способствующимъ развитію нервныхъ болѣзней, и то психическое угнетеніе, которое развивается послѣ несчастнаго случая подъ вліяніемъ борьбы за ренту, долгаго лежанія въ постели и бездѣятельности. Къ этому вопросу мы еще будемъ имѣть случай вернуться.

Всѣ серьезные невропатологи единодушно отрицаютъ существованіе чисто-травматическаго tabes. Windscheid приписываетъ здѣсь травмѣ ту же роль въ этіологіи спинной сухотки, какую играютъ при этой болѣзни простуда, физическое переутомленіе,

сильныя душевныя волненія и въ особенности эксцессы in baccho et venere, т. е. тѣ моменты, которые, взятые сами по себѣ, не могутъ быть первичной причиной tabes. Kurt Mendel на основаніи большого матеріала говоритъ: «Травма сама по себѣ не можетъ вызвать tabes. Человѣкъ, отличавшійся всегда полнымъ здоровьемъ и не получившій предрасположенія къ заболѣванію вслѣдствіе сифилиса, не можетъ заболѣть спинной сухоткой отъ несчастнаго случая, какого бы характера послѣдній ни былъ. Но если человѣкъ, благодаря перенесенному сифилису, пріобрѣлъ предрасположеніе къ tabes, то травма можетъ вызвать у него проявленіе первыхъ симптомовъ болѣзни или при существующей уже болѣзни ухудшить или ускорить ея теченіе. Въ особенности ясно бываетъ вліяніе травмы въ тѣхъ случаяхъ, когда непосредственно послѣ несчастнаго случая болѣзненныя явленія ухудшаются какъ-разъ въ поврежденной части тѣла, или когда въ этой части тѣла появляются новые болѣзненные симптомы, которыхъ раньше не было».

Еще менѣе существенную роль играетъ травма при сирингоміэліи, которая, какъ это мы знаемъ теперь достовѣрно, развивается на почвѣ врожденнаго предрасположенія. Правда, непосредственное поврежденіе позвоночника, вызвавшее кровоизліяніе въ сѣромъ веществѣ спинного мозга съ послѣдующимъ образованіемъ полости (гематоміэлія, «myelodelesis» Kienböck), можетъ дать симптомокомплексъ, похожій на сирингоміэлію, въ особенности если поврежденіе локализуется въ излюбленныхъ мѣстахъ сирингоміэліи. Но такое заболѣваніе отличается тяжелыми начальными симптомами и послѣдующимъ ослабленіемъ болѣзненныхъ явленій, между тѣмъ какъ истинная сирингоміэлія развивается медленно и симптомы ея прогрессивно усиливаются; кромѣ того сирингоміэлія нерѣдко сопровождается кифосколіозомъ, зависящимъ, по всей вѣроятности, отъ атрофіи извѣстныхъ участковъ спинной мускулатуры (Sachs-Freund). Возможность развитія сирингоміэліи послѣ периферическихъ поврежденій путемъ «восходящаго неврита»—предположеніе, которое раньше охотно допускалось экспертами, въ настоящее время совершенно оставлено (F. Schultze). Наоборотъ, периферическая анэстезія у сирингоміэлитиковъ даетъ поводъ къ частымъ поврежденіямъ, а трофическія растройства ухудшаютъ послѣдствія всякаго даже сравнительно легкаго поврежденія. При всемъ томъ, согласно современному положенію вопроса, нельзя вполнѣ отрицать возможность ухудшенія существующей сирингоміэліи подъ вліяніемъ травмы. То же самое нужно сказать и о міэлитѣ, съ которымъ, впрочемъ, не трудно смѣшать механическія поврежденія спинного мозга, возникающія вслѣдствіе травмы позвоночника.—Такъ же обстоитъ дѣло и съ множественнымъ склерозомъ, который развивается обыкновенно на почвѣ врожденнаго предрасположенія (Strümpell). Чисто травматическій множественный склерозъ не существуетъ, но въ отдѣльныхъ случаяхъ травма можетъ играть роль момента, вызывающаго проявленіе болѣзни; однако признать травматическій характеръ заболѣванія можно только при отсутствіи другихъ этіологическихъ моментовъ, при извѣстной интенсивности травмы, при наличности непрерывной связи въ смыслѣ времени между несчастнымъ случаемъ и моментомъ проявленія первыхъ симптомовъ болѣзни и наконецъ при отсутствіи всякихъ болѣзненныхъ явленій у пострадавшаго до не-

счастнаго случая (K. Mendel). Что травма можетъ вызвать ухудшеніе уже существующаго множественнаго склероза и дать толчокъ къ дальнѣйшему его развитію, это признается всѣми авторами (хорошо прослѣженный случай опубликовалъ недавно E. Grossmann изъ отдѣленія M. Sternberg'a въ Вѣнѣ).

Тѣ же условія мы встрѣчаемъ и при спинальныхъ мышечныхъ атрофіяхъ. Здѣсь этіологическое значеніе имѣетъ ненормальное мышечное напряженіе тѣхъ частей тѣла, въ которыхъ обнаруживаются первые признаки болѣзни; кромѣ того нужно обращать вниманіе и на другіе моменты, характерные для посттравматическихъ заболѣваній.

Въ послѣднее время Lindemuth описалъ случай травматическаго poliomyelitis anterior, развившагося послѣ интенсивной травмы спинного мозга безъ поврежденія позвоночника (больной былъ прижатъ къ стѣнѣ).

Въ связи съ заболѣваніями центральной нервной системы нужно упомянуть еще объ эпилепсіи, дрожательномъ параличѣ и Базедовой болѣзни, подвергшихся въ послѣднее время очень подробному изученію. Что касается эпилепсіи, то Kurt Mendel резюмируетъ результаты экспериментальныхъ изслѣдованій (Brown-Séquard, Westphal, Hitzig) и клиническихъ наблюденій (Strümpell, Siebold, Windscheid и др.) въ слѣдующихъ положеніяхъ, которыя мы, въ виду ихъ краткости и ясности, приводимъ дословно:

1. «Токсическая» или «инфекціонная» эпилепсія (алкогольная, сифилитическая и т. д.) можетъ проявиться благодаря травмѣ и послѣ нея.

2. Послѣ поврежденія периферическихъ нервовъ иногда—хотя, правда, и очень рѣдко—появляются эпилептическіе припадки; однако эти припадки нужно отличать отъ генуинной эпилепсіи и разсматривать какъ «рефлекторную эпилепсію». Чтобы объяснить происхожденіе этой рефлекторной эпилепсіи, нужно допустить особое «предрасположеніе къ судорогамъ». Рефлекторная эпилепсія можетъ впослѣдствіи перейти въ генуинную эпилепсію.

3. Травма можетъ вызвать развитіе или проявленіе истеро-эпилепсіи.

4. Въ этіологіи генуинной эпилепсіи травма играетъ важную роль. По большей части, однако, рядомъ съ травмой вліяютъ и другіе моменты, въ особенности наслѣдственность, алкоголизмъ, свинцовое отравленіе и т. д. Въ такихъ случаяхъ нужно предположить, что травма вызвала эпилепсію только потому, что она подѣйствовала на ослабленный, уже руинированный мозгъ. Но возможно и обратное: травма и въ особенности травма во время родового акта—можетъ создать расположеніе къ эпилепсіи, вызвать «эпилептическое измѣненіе» или «спазмофилію» головного мозга, а затѣмъ уже на этой почвѣ, подъ вліяніемъ какихъ-либо новыхъ вредныхъ моментовъ (ненормальныя регулы, алкоголизмъ и проч.), возникаетъ эпилептическій припадокъ.—Но встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ передъ травмой не существовало никакихъ предрасполагающихъ моментовъ и гдѣ, кромѣ травмы, не дѣйствовали никакія другія вредныя вліянія—случаи, гдѣ травма является единственной причиной болѣзни. Въ этихъ исключительныхъ случаяхъ травма ведетъ къ эпилепсіи, вызывая предварительно хроническій менингитъ или другое какое-либо заболѣваніе,

обусловливающее длительное повышеніе возбудимости мозга: въ остальныхъ случаяхъ травматической эпилепсіи, гдѣ нѣтъ этого связующаго звена въ формѣ органическаго заболѣванія, необходимо допустить существованіе врожденнаго предрасположенія; иначе мы въ настоящее время не въ состояніи объяснить травматическую эпилепсію, а также крайнюю рѣдкость ея въ сравненіи съ частотой поврежденій черепа.

5. Если эпилепсія уже существуетъ, то травма (психическая и физическая) можетъ непосредственно вызвать припадокъ; затѣмъ она можетъ ухудшить болѣзнь въ смыслѣ учащенія приступовъ и увеличенія ихъ интенсивности; наконецъ она можетъ вызвать рецидивъ болѣзни послѣ многолѣтняго отсутствія припадковъ.

Слѣдующій случай, заимствованный нами изъ постановленія третейскаго суда при Моравско-Силезскомъ страховомъ учрежденіи, нужно, согласно приведеннымъ положеніямъ, трактовать, какъ случай истеро-эпилепсіи.

Изъ протокола и дознанія о несчастномъ случаѣ явствуетъ, что истецъ, работая на механическомъ заводѣ фирмы Е. К, подвергся 30 апр. 1890 г. несчастному случаю, а именно получилъ ушибъ рукояткой подъемнаго крана въ области почекъ въ то время, когда былъ занятъ поднятіемъ большого котла вѣсомъ въ 2500 килогрм.

Согласно заключенію кассоваго врача д-ра Sch. рабочій получилъ ударъ въ правую почечную область, однако безъ поврежденія почекъ; 7 іюня 1890 г. онъ былъ уже вполнѣ работоспособенъ и послѣ того до 14 іюля работалъ на той же фабрикѣ.

Страховое учрежденіе назначило ему 60% ренту отъ годового заработка въ 712 кронъ 56 геллер. въ размѣрѣ 379 кр. 54 гелл. за время съ 28 мая по 7 іюня 1890 г., т. е. по день полнаго возстановленія работоспособности.

Спустя уже 10 мѣсяцевъ послѣ несчастнаго случая, именно 22 февр. 1891 г., пострадавшій подалъ въ страховое учрежденіе заявленіе съ требованіемъ полной ренты въ виду развившейся у него подъ вліяніемъ несчастнаго случая эпилепсіи. Страховое учрежденіе отклонило, однако, это требованіе, на томъ основаніи, что эпилепсія, если она дѣйствительно имѣется у пострадавшаго, не можетъ быть поставлена въ связь съ несчастнымъ случаемъ.

Пострадавшій въ установленный срокъ обжаловалъ это рѣшеніе, указывая на полную свою неработоспособность вслѣдствіе заболѣванія эпилепсіей и требуя 60% ренты, при этомъ онъ утверждалъ, что до несчастнаго случая онъ никогда не страдалъ эпилепсіей и что послѣдняя появилась только послѣ несчастнаго случая и имъ вызвана; страховое учрежденіе, напротивъ, обвиняло истца въ симуляціи.

Третейскій судъ полагаетъ, что отсутствіе у истца эпилепсіи до несчастнаго случая доказывается тѣмъ обстоятельствомъ, что за три года службы въ продовольственномъ отдѣленіи въ Рогатикѣ (1879—1882) въ качествѣ помощника пекаря истецъ ни разу не числился больнымъ, далѣе, что онъ впослѣдствіи отбывалъ воинскій сборъ и, наконецъ, что онъ съ 1 іюня 1884 г. по 4 іюля 1890 г. безпрерывно работалъ и ни разу не обнаруживалъ признаковъ эпилепсіи.

Судебные врачи Z. и H., на основаніи исторіи болѣзни и результатовъ даннаго врачами описанія припадковъ, признали эти припадки за настоящую эпилепсію, а не за симуляцію. Третейскій судъ на этомъ основаніи считаетъ существованіе у истца эпилепсіи доказаннымъ. Эксперты не отрицаютъ возможности, что эпилепсія, наступившая, правда, довольно поздно послѣ несчастнаго случая, является результатомъ испуга, сопровождавшаго этотъ несчастный случай, а, слѣдовательно, и результатомъ самого несчастнаго случая, тѣмъ болѣе, что испугъ въ данномъ случаѣ могъ быть очень сильнымъ, ибо истецъ находился наверху на кранѣ и долженъ былъ бояться упасть внизъ; кромѣ того извѣстно, что эпилепсія отъ испуга проявляется иногда спустя долгое время послѣ вызвавшаго ее инсульта.

Далѣе третейскій судъ полагаетъ, что истецъ вслѣдствіе указаннаго несчастнаго случая лишился извѣстной части своей работоспособности; но полную неработоспособность судъ отвергаетъ, ибо изъ рабочей книжки истца видно, что съ 2 янв. по 15 февр. тек. года онъ въ теченіе 24 дней чистилъ

улицы и получалъ за это 70 кронъ ежедневно; той же работой онъ, вѣроятно, будетъ заниматься и далѣе. Изъ той же книжки видно, что съ 11 апр. по 22 авг. 1891 г. въ теченіе 100 дней истецъ заработалъ чисткой улицъ 162 кр. 90 геллер.

Принимая во вниманіе характеръ болѣзни, которою страдаетъ истецъ и которая дѣлаетъ для него недоступнымъ цѣлый радъ занятій, а главное з а т р у д н я е т ъ д л я н е г о д о л г о е п р е б ы в а н і е н а о д н о м ъ и т о м ъ ж е м ѣ с т ѣ и такимъ образомъ обрекаетъ его на періодическую безработицу, нужно признать его работоспособность пониженной приблизительно н а п о л о в и н у и, въ соотвѣтствіи съ его прежнимъ заработкомъ въ 632 кроны, назначить ему 25% ренту, т. е. 158 кронъ ежегодно.

При д р о ж а т е л ь н о м ъ п а р а л и ч ѣ психическій моментъ (испугъ), повидимому, также играетъ извѣстную роль. Этіологическая связь между этой все еще неясной для насъ болѣзнью и травмой въ настоящее время никѣмъ не отрицается. По свидѣтельству лучшихъ знатоковъ посттравматическихъ нервныхъ заболѣваній — S a c h s'a и F r e u n d'a у лицъ средняго и пожилого возраста, предрасположенныхъ къ заболѣванію дрожательнымъ параличемъ, очень быстро, почти сейчасъ же послѣ поврежденія появляется дрожаніе, которое при локализованныхъ травмахъ ограничивается поврежденной частью тѣла. Иногда начальные симптомы заключаются въ тянущихъ боляхъ, слабости и тугоподвижности этой части тѣла. Затѣмъ уже постепенно присоединяются общіе симптомы: гемиплегическое, параплегическое и общее дрожаніе. Въ отдѣльныхъ случаяхъ дрожаніе ограничивается поврежденными конечностями. Экспертъ долженъ исключить истерію и симуляцію и установить, что заболѣваніе началось болѣе или менѣе непосредственно послѣ поврежденія и что по крайней мѣрѣ первые симптомы болѣзни появились въ той части тѣла, которая подверглась травмѣ.

Въ этіологіи Базедовой болѣзни психическая травма играетъ главную роль какъ въ смыслѣ вызыванія первыхъ симптомовъ болѣзни, такъ и въ смыслѣ ухудшенія существующаго легкаго заболѣванія до полной потери работоспособности. Въ отношеніи экспертизы нужно обращать вниманіе на невропатическое предрасположеніе и на состояніе здоровья пострадавшаго до несчастнаго случая.

До сихъ поръ мы говорили о заболѣваніяхъ центральной нервной системы и симпатическаго сплетенія, отличающихся достаточно характерными клиническими симптомами, хотя и не имѣющихъ еще вполнѣ опредѣленныхъ патолого-анатомическихъ признаковъ. Теперь мы переходимъ въ обширную, детально разработанную, но мало благодарную и туманную область т р а в м а т и ч е с к и х ъ н е в р о з о в ъ. По мѣткому опредѣленію S a c h s'a и F r e u n d'a «понятіе неврозъ есть понятіе не клиническое, а патолого-анатомическое и притомъ имѣющее отрицательный смыслъ». И если W i n d s c h e i d говоритъ, что «травматическіе неврозы—крестъ травматологіи», то онъ безусловно правъ: въ пользу этого говорятъ какъ исторія и литература, такъ и современная практика этой области нашей судебно-медицинской дѣятельности. Широкое распространеніе такъ назыв. «функціональныхъ нервныхъ болѣзней» въ рабочей средѣ, предрасположеніе къ этимъ болѣзнямъ, развивающееся на почвѣ наслѣдственности и подъ вліяніемъ токсическихъ моментовъ (алкоголь, табакъ, недостаточное введеніе бѣлковъ въ пищѣ, сифилисъ), отсутствіе строгой локализаціи болѣзненныхъ явленій и надежныхъ объективныхъ симптомовъ, почти исключительное преобладаніе въ картинѣ болѣзни субъективныхъ симптомовъ, сравнительно низкій этическій уровень изслѣдуемыхъ лицъ, ихъ погоня за рентой, влія-

ніе на нихъ адвокатовъ, родственниковъ, безработицы, создаваемая всѣми этими условіями наклонность къ алкоголизму, медленность судебной процедуры, недовѣріе къ экспертамъ со стороны всѣхъ этихъ неуравновѣшенныхъ, то возбужденныхъ, то угнетенныхъ индивидуумовъ, наконецъ царящія до сихъ поръ несогласія въ экспертизѣ травматическихъ неврозовъ (Windscheid)—всѣ эти моменты также оправдываютъ приведенныя выше слова Windscheid'а. Несмотря на существованіе почти необозримой литературы по этому вопросу, наши взгляды на классификацію и патогенезъ травматическихъ неврозовъ все еще неясны. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что это заболѣваніе, не имѣющее еще научнаго опредѣленія, трактуемое каждымъ экспертомъ по своему, представляющее смѣсь дѣйствительныхъ болѣзненныхъ явленій съ симуляціей и преувеличеніями, въ состояніи почти уничтожить весь смыслъ законодательства о страховании отъ несчастныхъ случаевъ, поставившаго себѣ цѣлью возмѣстить пострадавшему рабочему матеріальныя потери, связанныя съ несчастнымъ случаемъ. Травматическіе неврозы стоятъ на границѣ между соматическими и психическими болѣзнями и принадлежатъ къ типу болѣзней, которыя больше всего интересуютъ эксперта и которыя мы разсматриваемъ какъ болѣзни съ сомнительной травматической этіологіей. Freund и Sachs въ своей классической работѣ о травматическихъ неврозахъ, основанной на изученіи обширной литературы и на большомъ собственномъ опытѣ, допускаютъ непосредственное травматическое происхожденіе невроза только послѣ психическихъ травмъ, т. е. лишь въ отношеніи психоневрозовъ и неврозовъ отъ испуга. Послѣ чисто тѣлесныхъ поврежденій возможно, по ихъ мнѣнію, только развитіе неврастеній, если понимать подъ этимъ терминомъ всѣ тѣ явленія мозгового раздраженія, которыя, какъ мы видѣли выше, возникаютъ послѣ травмъ головы и въ особенности послѣ сотрясенія и поврежденія центральной нервной системы, главнымъ образомъ головного мозга. Но они не считаютъ эти явленія неврастеническими, такъ какъ они не соотвѣтствуютъ нашему представленію о неврастеніи, какъ о неврозѣ отъ истощенія. По ихъ мнѣнію, указанныя явленія служатъ лишь косвенной причиной возникновенія неврозовъ (неврастеніи, ипохондріи, депрессіи, состоянія страха, истеріи), такъ какъ къ нимъ присоединяется цѣлый рядъ другихъ причинъ—перемѣна въ образѣ жизни, погоня за рентой, боязнь повторенія несчастнаго случая, сосредоточеніе всѣхъ помысловъ на якобы незаконной задержкѣ въ выдачѣ ренты, заботы, огорченія, постоянныя размышленія объ одномъ и томъ же; наконецъ еще чаще происходитъ просто ухудшеніе уже существовавшаго до несчастнаго случая невроза. Мы видимъ такимъ образомъ, что всѣ эти «косвенныя» последствія несчастныхъ случаевъ обусловлены почти исключительно примѣненіемъ законодательства о несчастныхъ случаяхъ. Конечно, и до введенія этого законодательства встрѣчались несчастные случаи, которые могли нарушить функцію нервной системы. «Но —говоритъ Windscheid—пострадавшіе продолжали работать, просто потому, что иначе они голодали бы, ибо они не получали тогда никакого вознагражденія. Теперь же сознаніе, что государство обязано вознаградить рабочаго за послѣдствія несчастнаго случая, является почвой, на которой развивается заболѣваніе нервной системы, чему способствуетъ еще и та полная потеря силы воли, которая харак-

терна для этого рода больныхъ». Почему травматическіе неврозы почти вовсе не наблюдаются послѣ поврежденій при спортѣ, столь участившихся за послѣднее время (Nonne), или послѣ ранъ, которыя такъ часто получаютъ на дуэляхъ студенты (Dölken)? «Травматическіе неврозы въ большинствѣ случаевъ обязаны своимъ происхожденіемъ тѣмъ идеямъ стяжанія, на которыя впервые указалъ v. Strümpell и съ которыми необходимо считаться». Въ самомъ дѣлѣ, развѣ мы въ состояніи путемъ подробнаго собиранія анамнеза, тщательнаго изслѣдованія больного и продолжительнаго наблюденія надъ нимъ клинически отличить дѣйствительныя послѣдствія несчастнаго случая (полная достовѣрность несчастнаго случая, конечно, подразумѣвается сама собой) отъ всѣхъ тѣхъ перечисленныхъ выше вторичныхъ явленій, которыя развиваются на почвѣ законодательства о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ и которыя безусловно не подлежатъ вознагражденію (какъ это видно, между прочимъ, изъ постановленія Имперскаго страхового бюро въ Германіи отъ 20 окт. 1902 г., признавшаго, что истерія, развившаяся вслѣдствіе борьбы за ренту, не должна разсматриваться, какъ непосредственное слѣдствіе несчастнаго случая)?

Отвѣтить на этотъ вопросъ, имѣющій одинаково важное значеніе и для науки, и для практики, далеко не легко. Сколько для этого требуется знанія, ума и знакомства съ литературой показываетъ знаменитая экспертиза Берлинскаго медицинскаго факультета отъ 1891 г. съ дополненіемъ 1897 г., въ которой дается исчерпывающее изложеніе симптоматологіи, діагностики и оцѣнки объективныхъ симптомовъ травматическихъ неврозовъ и подвергается образцовому критическому разбору литература вопроса за всѣ главные періоды его развитія въ наукѣ. Я полагаю, что лучше всего будетъ привести дословно эту экспертизу, написанную прекраснымъ языкомъ и въ своей научно-литературной части представляющую непреходящую цѣнность [1]).

Эта классическая экспертиза учитъ насъ, что необходимо точно устанавливать первыя послѣдствія несчастнаго случая, въ совершенствѣ владѣть всѣми методами изслѣдованія, хорошо знать симптоматологію неврозовъ, въ особенности наиболѣе частаго изъ нихъ—истеріи и тщательно и въ теченіе долгаго времени наблюдать больного, конечно, въ больницѣ или въ клиникѣ, а лучше всего въ спеціальной клиникѣ для травматическихъ нервныхъ заболѣваній (какъ «Hermann-Haus» близъ Лейпцига), гдѣ въ качествѣ діагностическаго и терапевтическаго метода можетъ быть примѣнена работа.

Что касается оцѣнки отдѣльныхъ объективныхъ симптомовъ травматической истеріи за послѣднее десятилѣтіе, то надо отмѣтить, что съуженіе поля зрѣнія считается одними за очень важный признакъ, въ особенности если при повторныхъ изслѣдованіяхъ оно остается болѣе или менѣе постояннымъ, между тѣмъ какъ другіе не придаютъ этому признаку большого значенія. Затѣмъ въ случаяхъ, гдѣ пострадавшіе жалуются на головокруженіе, придается большое значеніе изслѣдованію глазного дна на гиперемію. Вообще техника изслѣдованій неврозовъ съ каждымъ годомъ прогрессируетъ и пріобрѣтаетъ все большее значеніе въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

---

[1]) Экспертиза эта дана въ приложеніи.

Все это вполнѣ оправдываетъ требованіе, чтобы экспертиза неврозовъ поручалась преимущественно невропатологамъ, обладающимъ необходимыми для этого спеціальной подготовкой и опытомъ и умѣющимъ толковать и оцѣнивать данныя окулистическаго изслѣдованія [1]).

Въ связи съ неврозами коснемся въ нѣсколькихъ словахъ и вопроса о посттравматическихъ психозахъ. Число случаевъ настоящихъ травматическихъ психозовъ, отличающихся клинически отъ другихъ психозовъ, сравнительно очень невелико; извѣстное значеніе имѣютъ психозы, развивающіеся непосредственно послѣ тяжелыхъ поврежденій головы и послѣ психическихъ травмъ; случаи послѣдняго рода находятся на границѣ между психозами и неврозами (невропсихозы по Sachs—Freund'у) и относятся обыкновенно къ неврозамъ отъ испуга. Первичные травматическіе психозы, появляющіеся послѣ травмъ головы, выражаются въ формѣ первичнаго, травматическаго помѣшательства (Wille) или въ формѣ спутанности съ состояніемъ возбужденія и, если не оканчиваются выздоровленіемъ, переходятъ затѣмъ въ посттравматическое слабоуміе, очень похожее клинически на прогрессивный параличъ, но отличающееся отъ него отсутствіемъ неподвижности зрачковъ, дрожанія языка и измѣненія рефлексовъ (Köppen, Windscheid). Изъ вторичныхъ или собственно посттравматическихъ психозовъ нужно на первый планъ поставить ипохондрическіе и меланхолическіе психозы (Wollenberg). Такъ же, какъ при неврозахъ, изслѣдованіе, наблюденіе и экспертиза психозовъ должны быть предоставлены спеціалистамъ, т. е. психіатрамъ; имъ же принадлежитъ рѣшающее слово и въ случаяхъ самоубійства въ состояніи посттравматической меланхоліи. Что при психозахъ, въ особенности если имѣется подозрѣніе о симуляціи, требуется продолжительное наблюденіе въ лечебномъ заведеніи, это не нуждается въ доказательствѣ; точно также совершенно ясна необходимость исчерпывающаго анамнеза для установленія разницы въ психическомъ состояніи пострадавшаго до и послѣ травмы, для выясненія его наслѣдственныхъ осебенностей, психическихъ инсультовъ, которымъ онъ подвергался, «переходныхъ симптомовъ» (Sachs Freund), а также для рѣшенія вопроса, не было ли до травмы какихъ-либо психическихъ разстройствъ, которыя подъ вліяніемъ поврежденія лишь усилились. Что касается вопроса о посттравматическомъ прогрессивномъ параличѣ, то невропатологи склонны признавать существованіе таковаго, по крайней мѣрѣ по отношенію къ вполнѣ выраженнымъ случаямъ. Windscheid излагаетъ свою точку зрѣнія на этотъ вопросъ въ одной изъ своихъ экспертизъ слѣдующимъ образомъ: «прогрессивный параличъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ является слѣдствіемъ

---

[1]) На вопросѣ о травматическихъ неврозахъ сосредоточилась за послѣднее время ожесточенная полемика. Противники соціальнаго страхованія утверждаютъ, что эти заболѣванія обязаны своимъ происхожденіемъ исключительно излишней гуманности законодательства, что они съ каждымъ годомъ становятся все чаще и чаще, что они грозятъ превратиться въ истинное народное бѣдствіе, испортить народный характеръ и пр. Bum совершенно не останавливается на этихъ вопросахъ. Подробнѣе объ этомъ читатель можетъ прочесть въ книгѣ L. Becker'а «Симуляція болѣзней и ея опредѣленіе». Изд Практич. Медиц. 1910 г., а также въ брошюрѣ д-ра Walther Ewald'а «Травматическіе неврозы и страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ». Изд. Практ. Врача, 1910 г. Прим. перев.

бывшаго ранѣе сифилиса... Чтобы считать его слѣдствіемъ несчастнаго случая, необходимо по крайней мѣрѣ, чтобы имѣлась травма черепа или сильный психическій шокъ, потрясшій всю нервную систему». Чтобы иллюстрировать вліяніе только-что названнаго этіологическаго момента, я приведу одно рѣшеніе третейскаго суда при Нижне-Австрійскомъ страховомъ учрежденіи:

8 ноября 1890 г. въ машинномъ отдѣленіи фирмы L. G. въ Вѣнѣ произошелъ сильный взрывъ, сопровождавшійся выдѣленіемъ большого количества горячихъ водяныхъ паровъ. Находившіеся въ этомъ помѣщеніи рабочіе J. F. и W. R. были отброшены въ сторону и нѣкоторое время оставались въ безсознательномъ состояніи. W. R., у котораго имѣлись видимые признаки несчастнаго случая въ формѣ раны на лбу и ожоговъ на тѣлѣ, находился подъ наблюденіемъ д-ра A. L. до 6 декабря 1890 г.; здоровье его вполнѣ возстановилось, и онъ началъ снова работать у той же фирмы. Впослѣдствіи, однако, у него обнаружились симптомы мозгового страданія, по поводу которыхъ онъ 19 февр. 1892 г. снова обратился къ врачебной помощи, которою онъ и пользовался до 26 іюня 1892 г. Благодаря нѣкоторому улучшенію въ состояніи его здоровья онъ снова всталъ на работу, но 17 февр. 1893 г. вслѣдствіе наступившаго ухудшенія онъ принужденъ былъ бросить работу и опять заняться леченіемъ, которое продолжается до сихъ поръ. Болѣзнь эту, опредѣляемую врачами. какъ прогрессивный параличъ, W. R. ставитъ въ связь со взрывомъ и требуетъ присужденія ему 60% ренты въ виду того, что страховое учрежденіе отказало ему въ выдачѣ таковой, отрицая зависимость болѣзни отъ несчастнаго случая.

Страховое учрежденіе на основаніи произведеннаго дознанія показало, что несчастный случай состоялъ во взрывѣ паровой трубы, и что истецъ получилъ при этомъ только ожоги; однако свидѣтели, допрошенные подъ присягой, опровергли это показаніе и подтвердили, что несчастный случай произошелъ именно такъ, какъ было описано выше. Этимъ самымъ опровергаются и выводы, которые дѣлаетъ страховое учрежденіе относительно зависимости между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью. Что тяжелая болѣзнь, которою страдаетъ въ настоящее время истецъ, развилась постепенно послѣ несчастнаго случая 8 ноября 1890 г., это можно съ положительностью утверждать на основаніи данныхъ слѣдствія. Жена истца, допрошенная въ качествѣ свидѣтельницы, показала, что мужъ ея до несчастнаго случая былъ здоровъ, что спустя 3 или 4 мѣсяца послѣ несчастнаго случая онъ началъ жаловаться на головную боль и головокруженіе и что въ дальнѣйшемъ къ этому присоединились разстройства рѣчи и ослабленіе функціи нижнихъ конечностей. Изъ исторіи болѣзни, выданной изъ «K. k. allgemeine Krankenhaus» [1]), видно, что 15 марта 1892 г. у W. R. констатировано дрожаніе языка и рукъ, типичное паралитическое разстройство рѣчи и ослабленіе памяти. На основаніи этихъ данныхъ, а также на основаніи показаній свидѣтеля проф. Fr. v. K., въ отдѣленіи котораго W. R. былъ подвергнутъ продолжительному леченію и наблюденію, наконецъ, на основаніи установленной свидѣтельскими показаніями картины взрыва, эксперты единогласно высказались въ томъ смыслѣ, что настоящая болѣзнь W. R. несомнѣнно находится въ связи съ несчастнымъ случаемъ, имѣвшимъ мѣсто 8 ноября 1890 г.

Въ заключеніе еще нѣсколько словъ о судебно-медицинскомъ значеніи посттравматическихъ периферическихъ невритовъ. Въ случаяхъ непосредственнаго поврежденія нерва уколомъ, разрѣзомъ, пулей, инороднымъ тѣломъ, а также въ случаяхъ косвеннаго поврежденія отъ внезапнаго или медленнаго воздѣйствія давленія, прижатія, натяженія, какъ извнѣ, напр. при чрезмѣрномъ напряженіи, такъ и изнутри, напр. при смѣщеніи суставной головки кости или при давленіи отломка кости или костной мозоли — во всѣхъ этихъ случаяхъ травматическая этіологія неврита едва ли можетъ вызвать какія либо сомнѣнія; впрочемъ нѣкоторые невропатологи высказываютъ тотъ взглядъ, что легкая травма можетъ вести къ невриту только при наличности индивидуальнаго пред-

[1]) Центральная больница въ Вѣнѣ, служащая одновременно для цѣлей клиническаго преподаванія. Прим. перев.

расположенія (алкоголизмъ, ревматизмъ, подагра, діабетъ послѣ инфекціонныхъ болѣзней). Напротивъ, возможность перехода неврита съ одного нерва на другой или распространенія его вверхъ по нерву на спинной мозгъ (neuritis migrans, neuritis ascendens) вызываетъ разногласія. Значительное большинство наблюдателей отрицаетъ возможность распространенія неврита вверхъ по нерву и сомнѣвается также въ существованіи neuritis migrans. Если исключить рѣдкіе случаи распространенія гнойной инфекціи по нервнымъ влагалищамъ, то большинство наиболѣе серьезныхъ авторовъ отрицаетъ существованіе восходящаго воспаленія нервовъ. Sachs и Freund говорятъ: «Среди большого количества случаевъ мы ни разу не наблюдали neuritis ascendens». Такое категорическое отрицаніе со стороны столь авторитетныхъ невропатологовъ несомнѣнно должно увеличить нашъ скептицизмъ по отношенію къ случаямъ, гдѣ пытаются установить этіологическую связь между мѣстной травмой и заболѣваніемъ отдаленныхъ нервовъ или спинного мозга.

Особаго вниманія заслуживаютъ профессіональные невриты, которые больные нерѣдко приписываютъ какой-либо однократной и легкой травмѣ. Между тѣмъ такіе невриты относятся къ категоріи профессіональныхъ болѣзней и не подлежатъ вознагражденію по закону о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ. Врачу-травматологу необходимо поэтому знать наиболѣе важныя формы профессіональныхъ невритовъ. Здѣсь нужно прежде всего имѣть въ виду невриты n. cruralis и n. tibialis, развивающіеся при частомъ сгибаніи колѣнъ вслѣдствіе давленія на n. cruralis гребня большой берцовой кости, а на n. tibialis головокъ икроножной мышцы (Curschmann). Эти невриты наблюдаются у асфальтныхъ и паркетныхъ рабочихъ, у каменщиковъ, поломоекъ и у рабочихъ на картофельныхъ и свекловичныхъ поляхъ. Такой же невритъ въ области plexus brachialis наблюдается у носильщиковъ (вслѣдствіе давленія переносимой на плечахъ тяжести). При всѣхъ этихъ воспаленіяхъ, какъ утверждаетъ Curschmann, почти никогда не бываетъ реакціи перерожденія.

VII Лекція.

Болѣзни, которыя могутъ возникнуть на почвѣ травмы. — Заболѣванія дыхательныхъ органовъ, органовъ кровообращенія, органовъ живота (брюшина, желудокъ, кишечникъ, печень, желчный пузырь, селезенка, почки) и женскихъ половыхъ органовъ.

При изученіи травматическихъ и посттравматическихъ заболѣваній нервной системы мы видѣли. что поврежденія организма могутъ давать такія клиническія картины, которыя встрѣчаются не только послѣ травмъ, а могутъ возникать и подъ вліяніемъ другихъ причинъ Точно также и въ другихъ областяхъ мы могли убѣдиться, что вполнѣ опредѣленныя клиническія формы могутъ при извѣстныхъ условіяхъ явиться слѣдствіемъ несчастнаго случая. Эти факты необходимо имѣть въ виду, чтобы правильно отвѣтить на вопросъ о зависимости между травмой и разстройствомъ здоровья. При экспертизѣ травматическихъ заболѣваній внутреннихъ органовъ мы всегда встрѣчаемся съ однимъ очень серьезнымъ затрудненіемъ. Что паденіе на грудь или ударъ по этой части тѣла могутъ вызвать переломъ ребра, это само собой понятно: но что черезъ нѣсколько дней послѣ такого поврежденія можетъ развиться крупозная пневмонія при отсутствіи какихъ-либо поврежденій самой грудной клѣтки, это мы узнали только со времени введенія закона о страховании отъ несчастныхъ случаевъ, который заставилъ насъ обратить вниманіе на этотъ вопросъ, требуя на него часто отвѣта. Но самопроизвольный переломъ одного или нѣсколькихъ реберъ можно почти съ увѣренностью исключить, напротивъ—пневмонія безъ травмы составляетъ правило. Въ этомъ заключается трудность экспертизы при внутреннихъ болѣзняхъ. Мы должны, слѣдовательно, постараться выяснить, какія болѣзни, возникающія обыкновенно безъ травмы, могутъ развиваться также и на почвѣ поврежденій, какъ въ этихъ исключительныхъ случаяхъ діагносцировать травматическій характеръ заболѣванія и какими средствами обладаемъ мы для положительнаго или отрицательнаго рѣшенія вопроса о связи между болѣзнью и травмой. Наибольшія трудности представляетъ вторая часть этого вопроса, такъ какъ нѣтъ ни одной картины болѣзни, которая могла бы возникнуть только на почвѣ травмы (Feilchenfeld)

Почти во всѣхъ случаяхъ травматическихъ заболѣваній внутреннихъ органовъ намъ приходится имѣть дѣло съ косвенными послѣдствіями травмы. Случаи вродѣ развитія пневмоторакса вслѣдствіе разрыва легкаго послѣ ушиба или возникновенія порока сердца вслѣдствіе разрыва клапана при травмѣ сердца не представляютъ затрудненій для экспертизы. По Richard Stern'у (Бреславль), которому мы обязаны значительной частью нашихъ познаній о

травматическомъ происхожденіи внутреннихъ болѣзней, косвенными послѣдствіями травмы могутъ быть дегенеративныя измѣненія, простыя и инфекціонныя воспаленія, развитіе опухолей и функціональныя разстройства. Я остановлюсь только на тѣхъ заболѣваніяхъ важныхъ для жизни органовъ, которыя имѣютъ наибольшее практическое значеніе.

Начнемъ съ заболѣваній легкихъ. о которыхъ мы уже вскользь упомянули выше. Здѣсь по Stern'у необходимо отличать случаи типической крупозной пневмоніи отъ случаевъ воспаленія съ разлитой инфильтраціей и атипическимъ теченіемъ и отъ случаевъ съ ограниченной гнѣздной инфильтраціей. Для выясненія связи между заболѣваніемъ и несчастнымъ случаемъ необходимо знать характеръ самаго несчастнаго случая и состояніе больного послѣ него. Такъ какъ всегда возможно допустить, что рабочій черезъ нѣсколько дней послѣ какой-либо незначительной травмы случайно заболѣлъ пневмоніей (случайное совпаденіе), то мы должны выяснить, имѣлъ ли мѣсто значительный ушибъ грудной клѣтки, сообщилъ ли объ этомъ пострадавшій кому-либо изъ окружающихъ тотчасъ же послѣ травмы, жаловался ли онъ на боли въ груди, откашливалъ ли кровавую мокроту и вообще обнаруживались ли симптомы тотчасъ послѣ поврежденія. Промежутокъ времени между несчастнымъ случаемъ и первыми симптомами травматической пневмоніи (кашель съ кровянистой мокротой, ознобъ, жаръ) можетъ по Stern'у колебаться между нѣсколькими часами и 4 днями, однако встрѣчаются случаи несомнѣнной травматической пневмоніи съ значительно большимъ промежуткомъ (до 14 дней [v Leyden]). Соотвѣтствіе между мѣстомъ травмы и заболѣвшей долей легкаго необязательно. Конечно, при наличности кровоподтека или перелома ребра соотвѣтственно заболѣвшей долѣ легкаго можно скорѣе рѣшиться на признаніе травматической этіологіи пневмоніи; напротивъ, отсутствіе такого соотвѣтствія на даетъ права отрицать травматическую этіологію, такъ какъ въ литературѣ извѣстны случаи тяжелой и несомнѣнной травматической пневмоніи. гдѣ совершенно отсутствовали симптомы какого-либо поврежденія грудной клѣтки и такъ какъ, съ другой стороны, локализація воспаленія часто не соотвѣтствуетъ локализаціи травмы, ибо ударъ можетъ проводиться по мягкой ткани съ одного мѣста на другое (Becker). Легче установить травматическую этіологію въ случаяхъ пневмоніи съ ограниченными инфильтратами, а также въ атипическихъ случаяхъ съ разлитой инфильтраціей и сравнительно незначительнымъ нарушеніемъ общаго состоянія. въ особенности если они сопровождаются обильнымъ выдѣленіемъ крови въ мокротѣ (Becker); при типичной же крупозной пневмоніи скорѣе можетъ возникнуть сомнѣніе относительно ея травматическаго характера. Что всѣ эти признаки не имѣютъ абсолютнаго значенія, можно убѣдиться на отдѣльныхъ случаяхъ пневмоніи несомнѣнно травматическаго характера; въ качествѣ примѣра мы приведемъ одинъ случай, гдѣ не было непосредственной травмы грудной клѣтки и гдѣ травматическій характеръ болѣзни былъ установленъ экспертизой медицинскаго факультета Берлинскаго университета.

Жалоба вдовы каменщика L. на строительное промысловое товарищество была Имперскимъ страховымъ бюро передана на разсмотрѣніе медицинскому факультету Берлинскаго университета. Факультетъ, на основаніи имѣющихся

въ дѣлѣ документовъ, пытался выяснить, находилась-ли смерть каменщика L., послѣдовавшая 9 іюня 1901 г. отъ воспаленія легкихъ, въ вѣроятной связи съ несчастнымъ случаемъ (относительно характера котораго въ документахъ имѣются разнорѣчивыя данныя), который произошелъ 25 мая 1901 г. при подъемѣ и опусканіи тяжести въ 4 центнера [1]).

Имперское страховое бюро при разсмотрѣніи дѣла въ аппеляціонномъ порядкѣ остановилось главнымъ образомъ на слѣдующемъ вопросѣ медицинскаго характера: можно ли вопреки мнѣнію прежнихъ экспертовъ, которые на основаніи документовъ отвергли наличность прямой и локализированной травмы грудной клѣтки, — принять, что воспаленіе легкихъ у L. явилось слѣдствіемъ произведенной имъ тяжелой работы и связаннаго съ нею физическаго напряженія; другими словами—можетъ-ли въ совершенно здоровомъ легкомъ возникнуть воспаленіе подъ вліяніемъ такихъ условій, какія имѣлись въ данномъ случаѣ и вообще возможно ли травматическое происхожденіе воспаленія легкихъ?

Фактическая сторона дѣла рисуется по документамъ слѣдующимъ образомъ.

Въ теченіе послѣдняго года L. не болѣлъ вообще никакими болѣзнями, въ частности не перенесъ никакой легочной болѣзни. По крайней мѣрѣ больничная касса, къ которой онъ приписанъ, не имѣетъ объ этомъ никакихъ свѣдѣній. Онъ регулярно работалъ все время за исключеніемъ только 8 недѣль, когда фирма В. сократила производство. L. не считался привычнымъ алкоголикомъ, во всякомъ случаѣ водки онъ не пилъ. Приходилось-ли L. и раньше въ томъ же производствѣ производить такія или столь же тяжелыя работы,—этого по документамъ опредѣлить нельзя. Во всякомъ случаѣ нужно предполагать, что, какъ каменщикъ, онъ долженъ былъ привыкнуть къ тяжелой работѣ. Работа, которую ему пришлось произвести 25 мая 1901 г., не представляла ничего необычнаго для даннаго производства, но несомнѣнно требовала особеннаго напряженія силъ. Это видно уже изъ того, что былъ назначенъ третій рабочій, между тѣмъ какъ подобныя работы производятся обыкновенно двумя. На дворѣ одной усадьбы опустились каменныя плиты, и ихъ надо было поднять. Плиты, при передвиженіи которыхъ произошелъ несчастный случай, вѣсили 187,5—277 кило. Положеніе тѣла у L. при подниманіи плиты было наклоненное. Подниманіе плитъ производилось помощью спеціальныхъ ломовъ съ загнутыми концами; послѣ исправленія грунта плиты опускались на прежнее мѣсто. При опусканіи плиты двое рабочихъ держали ее вытянутыми вдоль туловища руками, медленно наклоняли ее и затѣмъ отступали назадъ. L. также принялъ наклоненное впередъ положеніе, когда опускалъ плиту. Получилъ ли онъ при этомъ спереди ударъ, ушибъ или вообще какое-либо непосредственное поврежденіе ограниченнаго участка тѣла, этого изъ документовъ не видно. При опусканіи одной изъ плитъ, когда она находилась еще на разстояніи $^1/_2$ метра отъ земли, L. внезапно выпустилъ ее и схватился обѣими руками за лѣвую сторону груди; при этомъ лицо его, бывшее до того краснымъ, вдругъ совершенно поблѣднѣло. Передъ тѣмъ онъ безусловно не жаловался ни на какія боли, а теперь, какъ удостовѣряютъ его товарищи по работѣ, онъ, очевидно, почувствовалъ сильныя боли, такъ какъ у него перекосило лицо и онъ началъ морщиться. Постоявъ такимъ образомъ нѣсколько минутъ, онъ, не разгибаясь, ушелъ въ зданіе, а затѣмъ отправился домой, причемъ вопреки обыкновенію сѣлъ въ трамвай. Передъ тѣмъ онъ сказалъ другому свидѣтелю: «Эта каторжная работа съ плитами надѣлала мнѣ бѣду: я чувствую страшную боль въ груди». Дома L. не ѣлъ, не пилъ и не разговаривалъ. Въ ближайшую ночь онъ, по словамъ жены, впалъ въ состояніе сильнаго возбужденія и дважды порывался выскочить въ окно. 26-го мая у него въ мокротѣ и рвотѣ появилась кровь, и онъ долженъ былъ слечь въ постель. Былъ-ли у него потрясающій ознобъ и, если былъ, то когда—это неизвѣстно. Врачъ былъ приглашенъ только 27-го мая. Врача, д-ра G., онъ встрѣтилъ словами: «у меня что-то лопнуло». Д-ръ G. нашелъ высокую t°, обильно-кровянистую мокроту, влажные хрипы и тимпаническій перкуторный звукъ въ области нижней доли лѣваго легкаго. Паціентъ жаловался на сильныя боли въ боку. На 7-й день, послѣ сильнаго потѣнія, t° спала и болѣзнь, казалось, приближалась къ нормальному концу, ограничившись одной долей легкаго. Но на другой день характеръ мокроты измѣнился; она сдѣлалась грязной, сѣрой и стала издавать отвратительный запахъ. Появилась умѣренная лихорадка. Затѣмъ быстро стали раз-

[1]) Около $12^1/_2$ пудовъ. Прим. перев.

виваться явленія легочной гангрены. 9-го іюня L. умеръ. Пользовавшій его врачъ утверждаетъ, что мокрота L. содержала больше крови, чѣмъ это обыкновенно бываетъ при воспаленіи легкихъ. Вскрытіе не было произведено. Что во время работы 25-го мая дѣйствительно имѣлъ мѣсто несчастный случай, это утверждали не только родственники L.: владѣлецъ фирмы В. въ своемъ донесеніи промысловому товариществу высказался въ томъ же смыслѣ, именно, «что несчастный случай зависѣлъ отъ неправильнаго положенія тѣла L. во время передвиженія плитъ».

На основаніи этихъ данныхъ, почерпнутыхъ изъ приложенныхъ къ дѣлу документовъ, Имперское страховое бюро дало слѣдующее заключеніе:

«Объективныя данныя, сообщенныя д-ромъ G., лечившимъ больного, а также все теченіе болѣзни не оставляютъ, несмотря на отсутствіе вскрытія, никакого сомнѣнія, что L умеръ отъ воспаленія легкихъ, осложнившагося гангреной. Вопросъ, на который предыдущіе эксперты давали различные отвѣты, сводится къ тому, могло ли это воспаленіе возникнуть травматическимъ путемъ при тѣхъ условіяхъ, какія имѣли мѣсто 25-го мая, другими словами, могли ли эти условія вызвать такія измѣнені въ легкихъ, которыя явились бы благопріятной почвой для внѣдренія возбудителей пнеймоніи. При этомъ связь между возникновеніемъ крупозной пнеймоніи и механическимъ поврежденіемъ, вызваннымъ несчастнымъ случаемъ, могла быть такой же, какъ, напр., связь между какой-либо незначительной травмой и развитіемъ остраго остеоміэлита. Такимъ образомъ воспаленіе легкаго объяснялось бы (въ большинствѣ случаевъ) внѣдреніемъ пнеймококковъ, а вызванное несчастнымъ случаемъ поврежденіе ткани явилось бы благопріятствующимъ моментомъ для внѣдренія, распространенія и размноженія бактерій. Пользовавшій пострадавшаго д-ръ G., бывшій въ то же время первымъ экспертомъ, высказался за вѣроятность такой связи. между тѣмъ какъ экспертъ высшей инстанціи, тайн. сов. R., далъ противоположное заключеніе, утверждая, что (за исключеніемъ перфорацій легкаго) только прямое и локализованное воздѣйствіе на грудную клѣтку можетъ играть этіологическую роль при воспаленіи легкаго, если только послѣднее не было поражено уже ранѣе. Такое утвержденіе основано на предположеніи, что всѣ описанные до сихъ поръ достовѣрные случаи травматической пнеймоніи имѣли въ основѣ исключительно этотъ механизмъ травмы. на который впервые указалъ von Litten въ своей работѣ, давшей вообще толчокъ къ изученію отношеній между травмой и пнеймоніей. Хотя наблюденія въ этой области стали производиться только за послѣднее десятилѣтіе, мы, однако, уже знаемъ, что характеръ травмы отнюдь не всегда тождественъ съ указаннымъ выше. Существенный моментъ при травмѣ грудной клѣтки это—воздѣйствіе какого-либо тупого предмета и внезапное, сильное и неожиданное сжатіе. Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ здѣсь, дѣйствительно, травму локализованную, дѣйствующую на ограниченный участокъ грудной клѣтки, какъ, напр., ударъ въ грудь (ударъ копытомъ и т. п.), сжатіе грудной клѣтки между буферами вагоновъ, паденіе подъ колесо повозки, паденіе тяжести на грудную клѣтку. Что каменныя плиты, которыя поднималъ L., подѣйствовали на него такимъ образомъ, этого дѣйствительно не видно изъ документовъ. Но извѣстны и другіе случаи, гдѣ травма заключалась въ паденіи тяжести на все тѣло, или въ сотрясеніи тѣла при паденіи съ болѣе или менѣе значительной высоты или въ поднятіи большой тяжести. Что локализація травмы или, другими словами, непосредственное воздѣйствіе ея на грудную клѣтку не играетъ здѣсь рѣшающей роли, это видно еще изъ того, что далеко не всегда мѣсто поврежденія является исходнымъ пунктомъ воспаленія легкаго, и что иногда воспаленіе возникаетъ какъ-разъ на противоположной сторонѣ тѣла. Мы можемъ пока совершенно оставить въ сторонѣ вопросъ о вліяніи физическаго напряженія, связаннаго съ тяжелой работой, въ частности съ поднятіемъ тяжести, хотя взглядъ, который высказываетъ тайн. сов. R., именно, что даже самое сильное напряженіе, сопровождающееся сокращеніемъ многочисленныхъ спинныхъ мышцъ и сильнымъ выдыханіемъ при закрытой голосовой щели, абсолютно не въ состояніи вызвать поврежденіе здоровой легочной ткани,—далеко не можетъ быть принятъ безъ всякихъ оговорокъ. Для оцѣнки случая съ L. главное значеніе имѣетъ то обстоятельство, что поврежденіе произошло при опусканіи плиты, когда L. стоялъ съ наклоненнымъ впередъ туловищемъ. При такомъ положеніи тѣла, когда мышцы были напряжены, грудная клѣтка фиксирована и голосовая щель закрыта, тяжелая плита могла косвенно оказать очень сильное сдавливающее дѣйствіе на содержимое грудной клѣтки, хотя бы раньше L. и производилъ подобную работу съ большой ловкостью и большей удачей. Такого рода сжатіе грудной клѣтки можетъ быть объяснено наблюденіями Perthes'a.

При подобномъ сжатіи наблюдали обширныя кровоизліянія на шеѣ, головѣ и пр., хотя эти части тѣла никакому непосредственному поврежденію не подвергались. Можетъ даже появляться пропитываніе кровью отдѣльныхъ участковъ легкаго. Такое же пропитываніе — иногда цѣлыхъ легочныхъ долей находятъ также и при локализованныхъ травмахъ грудной клѣтки.

Далѣе въ матеріалахъ имѣется цѣлый рядъ данныхъ, которыя дѣлаютъ вѣроятной связь между заболѣваніемъ L. и происшествіемъ 25-го мая. Колотье въ груди было, по словамъ очевидцевъ, непосредственно связано съ работой, которую L. производилъ. Характерная блѣдность лица тотчасъ послѣ несчастнаго случая, которую неоднократно отмѣчаетъ тотъ же свидѣтель, можетъ быть объяснена сопровождавшимъ несчастный случай сотрясеніемъ грудной клѣтки. Къ сожалѣнію, въ исторіи болѣзни нѣтъ указанія на потрясающій ознобъ, которымъ могло бы быть рѣзко отмѣчено начало пнеймоніи. Діагнозъ пнеймоніи былъ поставленъ черезъ 2 дня послѣ несчастнаго случая; если допустить, что она началась незадолго до этого, то это будетъ приблизительно соотвѣтствовать сроку, въ теченіе котораго обыкновенно развивается травматическая пнеймонія, т. е. 1—2 суткамъ. Что касается отмѣченнаго врачемъ значительнаго кровохарканія, то этому признаку Litten на основаніи своихъ наблюденій придаетъ большое значеніе. Кровотеченіе является вообще самымъ частымъ слѣдствіемъ травмы легкаго; пропитываніе кровью отдѣльныхъ участковъ легочной ткани можетъ также обнаруживаться кровянистой мокротой. И хотя во многихъ случаяхъ травма легкихъ сопровождается столь незначительнымъ поврежденіемъ сосудовъ, что даже въ первое время не наблюдается чисто кровянистой мокроты, однако въ общей картинѣ болѣзни дѣйствительно наблюдавшееся легочное кровотеченіе имѣетъ большое діагностическое значеніе. Съ другой стороны присоединившаяся впослѣдствіи гангрена легкихъ, какъ это справедливо утверждаетъ тайн. сов. R., не даетъ никакихъ основаній для предположенія о наличности здѣсь травматической пнеймоніи.

Тайн. сов. R., очевидно, склоненъ думать, что колотье въ груди, которое L. почувствовалъ тотчасъ послѣ несчастнаго случая, было лишь первымъ признакомъ пнеймоніи, начало которой случайно совпало съ травмой. Это мнѣніе онъ основываетъ на томъ общеизвѣстномъ фактѣ, что воспаленіе легкихъ вообще начинается внезапно среди кажущагося полнаго здоровья и что первымъ признакомъ болѣзни является какъ разъ колотье въ груди. Затѣмъ онъ указываетъ еще на то, что почти въ каждомъ случаѣ травматической пнеймоніи необходимо взвѣсить, не было ли инфекціи уже до несчастнаго случая. Но хотя данныя относительно частоты травматической пнеймоніи еще очень разнорѣчивы, однако послѣдняя наблюдается все-таки слишкомъ часто, чтобы можно было принять такую точку зрѣнія. Даже если допустить, что въ случаѣ L. диплококки находились раньше въ легкомъ, не причиняя ему вреда, и что поврежденіе сосудовъ или ткани лишь создало для нихъ locus minoris resistentiae, то все-таки на этотъ случай надо смотрѣть, какъ на травматическую пнеймонію въ томъ болѣе широкомъ смыслѣ слова, какъ это было указано выше.

На основаніи этого Имперское страховое бюро отвѣчаетъ на поставленный выше вопросъ въ томъ смыслѣ, что связь между болѣзнью и смертью L. и несчастнымъ случаемъ 25-го мая вполнѣ допустима и до извѣстной степени даже вѣроятна».

Въ другомъ аналогичномъ случаѣ (Wiens) экспертиза высказалась въ противоположномъ смыслѣ.

40-лѣтній рабочій поднялъ большую тяжесть (нагруженный возъ) и черезъ короткое время (?) заболѣлъ типичной правосторонней пнеймоніей, перешедшей затѣмъ на лѣвую сторону и окончившейся летально на 10-й день послѣ несчастнаго случая. Два эксперта одинъ за другимъ высказались противъ связи между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью. Экспертиза высшей инстанціи (Имп. стр. бюро), въ виду отсутствія непосредственной травмы грудной клѣтки, также высказалась противъ наличности здѣсь «травматической пнеймоніи въ собственномъ смыслѣ слова». Однако нельзя было исключить возможность растяженія грудной клѣтки сильнымъ и, можетъ быть, внезапнымъ сокращеніемъ мышцъ. Правда, здоровое легкое, благодаря своей подвижности въ плевральномъ мѣшкѣ не подвергается травмѣ при подобныхъ растяженіяхъ грудной клѣтки, но въ данномъ случаѣ существовали старыя сращенія между правымъ легкимъ и грудной стѣнкой, такъ что растяженіе грудной клѣтки могло передаться легкому и вызвать въ немъ поврежденіе, послужившее затѣмъ почвой для внѣдренія пнеймококковъ. Но, съ другой стороны, больной началъ жало-

ваться на боли слишкомъ скоро послѣ несчастнаго случая и еще до поднятія тяжести чувствовалъ себя несовсѣмъ хорошо; слѣдовательно, между несчастнымъ случаемъ и пнеймоніей была скорѣе случайная связь во времени, чѣмъ причинная зависимость. Хотя экспертиза и допускаетъ различныя взаимоотношенія между несчастнымъ случаемъ и пнеймоніей, при каковыхъ послѣдняя можетъ считаться травматической, но въ данномъ случаѣ она не считаетъ эту зависимость доказанной съ достаточной вѣроятностью.

Больше ясности, чѣмъ въ вопросѣ о травматической пнеймоніи, господствуетъ въ вопросѣ о связи между травмой и легочнымъ туберкулезомъ. Состояніе этого вопроса въ настоящее время Link опредѣляетъ слѣдующимъ образомъ: индивидуумъ съ безусловно здоровыми легкими не можетъ заболѣть туберкулезомъ подъ вліяніемъ травмы, но травма (проникающая рана легкаго, усиленное напряженіе, ушибъ грудной клѣтки) можетъ сдѣлать скрытый туберкулезъ явнымъ или ухудшить теченіе уже существующаго туберкулеза. Такъ же смотритъ на этотъ вопросъ и Императорское страховое бюро. Что касается выраженія «индивидуумъ съ безусловно здоровыми легкими», то Link отмѣчаетъ, что очень маленькія туберкулезныя гнѣзда не поддаются физическому изслѣдованію (Stern), причемъ онъ напоминаетъ статистику Birch-Hirschfeld'а, который при вскрытіи 826 труповъ людей, умершихъ отъ несчастныхъ случаевъ или отъ острыхъ заболѣваній, нашелъ у 20,7% туберкулезъ въ свѣжемъ или излеченномъ состояніи. Относительно проникающихъ ранъ легкихъ нужно принять во вниманіе, что при асептическомъ теченіи онѣ въ большинствѣ случаевъ заживаютъ гладко и едва ли могутъ считаться предрасполагающимъ моментомъ, которымъ можно было бы объяснить возникновеніе впослѣдствіи туберкулеза. Усиленное напряженіе, если оно продолжается короткое время и далеко выходитъ за предѣлы обычной работы, можетъ вызвать легочное кровотеченіе или растяженіе и разрывъ легочной ткани и ухудшить такимъ образомъ имѣющійся свѣжій или клинически излеченный туберкулезъ. По Bäumler'у легочное кровотеченіе можетъ не только способствовать распространенію туберкулезныхъ бациллъ въ здоровыя части легкихъ, но и вызвать острыя, смертельно протекающія лобулярныя пнеймоніи вслѣдствіе внѣдренія другихъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ.

Hauf въ своемъ критическомъ обзорѣ извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ травматическаго легочнаго туберкулеза также приходитъ къ выводу, что нѣтъ ни одного случая, гдѣ было бы съ несомнѣнностью доказано, что травма вызвала туберкулезъ легкаго; но несомнѣнно, что подъ вліяніемъ травмы скрытый туберкулезъ можетъ сдѣлаться явнымъ, а также вообще можетъ ухудшиться теченіе какъ скрытаго, такъ и явнаго туберкулеза. При оцѣнкѣ отдѣльныхъ случаевъ приходится, по мнѣнію Hauf'а, руководиться слѣдующими моментами. 1. Установленіе самаго факта травмы помощью достовѣрныхъ свидѣтельскихъ показаній или путемъ врачебнаго изслѣдованія тотчасъ послѣ несчастнаго случая. 2. Повторное изслѣдованіе легкихъ и мокроты тотчасъ послѣ несчастнаго случая. 3. Наличность связующаго звена между несчастнымъ случаемъ и туберкулезомъ; установленіе факта повржденія легочной ткани (кровохарканье, травматическая пнеймонія, травматическій плевритъ).

Связь между наиболѣе часто встрѣчающимися формами поврежденія грудной клѣтки и послѣдующимъ ухудшеніемъ туберкулезнаго процесса, — связь, которую мы вправѣ предполагать

только при наличности извѣстной безпрерывности болѣзненныхъ явленій,—эту связь Link объясняетъ слѣдующимъ образомъ. Такъ какъ при физическомъ напряженіи происходитъ въ большинствѣ случаевъ закрытіе голосовой щели, то воздухъ, находящійся въ бронхіальныхъ развѣтвленіяхъ и въ альвеолахъ, сжимается и растягиваетъ легочную ткань на-подобіе воздушнаго баллона. Благодаря этому въ болѣе слабыхъ участкахъ, въ данномъ случаѣ въ участкахъ, пораженныхъ туберкулезомъ, цѣлость ткани нарушается, происходитъ кровоизліяніе съ его послѣдствіями или же ухудшеніе зависитъ отъ самаго растяженія ткани. Важную этіологическую роль при травмахъ груди и послѣдующемъ туберкулезѣ легкихъ играетъ травматическій плевритъ съ его сращеніями. Объясненіе Link'a подтверждаетъ и Port, который приводитъ въ качествѣ иллюстраціи экспертизу по поводу слѣдующаго случая.

52-лѣтній машинистъ упалъ съ лѣстницы и ушибъ себѣ лѣвый бокъ. На слѣдующій день врачъ констатировалъ шумъ тренія въ области правой половины груди, гдѣ больной чувствовалъ боль; врачъ предположилъ переломъ ребра. Пролежавъ 14 дней въ постели, пострадавшій снова сталъ на работу; однако черезъ 19 дней онъ долженъ былъ бросить работу; у него оказался правосторонній плевритъ, поведшій за собой легочный туберкулезъ, который черезъ 3 года окончился летально. На основаніи двукратной врачебной экспертизы пострадавшій получалъ ренту. Вскрытіе, произведенное по требованію промысловаго товарищества, обнаружило далеко зашедшій легочный туберкулезъ съ преимущественнымъ пораженіемъ праваго легкаго; признаковъ бывшаго ранѣе поврежденія не оказалось. Въ виду этого промысловое товарищество отказалось отъ уплаты ренты наслѣдникамъ пострадавшаго, но третейскій судъ, на основаніи врачебной экспертизы, отмѣнилъ постановленіе промысловаго товарищества. Послѣднее подало жалобу въ Имперское страховое бюро, которое обратилось за экспертизой къ Port'у. Port высказался въ томъ смыслѣ, что совершенно здоровое легкое не можетъ заболѣть туберкулезомъ подъ вліяніемъ поврежденія концомъ сломаннаго ребра. Но вполнѣ допустимо, что такимъ путемъ было повреждено старое инкапсулированное гнѣздо, благодаря чему сдѣлалось возможнымъ распространеніе туберкулезнаго яда. При этомъ совершенно безразлично, на какую сторону грудной клѣтки подѣйствовала травма, и была ли она настолько интенсивна, чтобы оставить послѣ себя слѣды, которые могли бы быть найдены на вскрытіи спустя 3 года послѣ несчастнаго случая. Въ данномъ случаѣ инкапсулированное гнѣздо находилось справа, почему и первыя плевритическія явленія развились также справа. Заболѣваніе развилось непосредственно послѣ поврежденія и протекало совершенно безпрерывно, такъ что связь между нимъ и травмой не подлежитъ сомнѣнію. И весь этотъ случай можно разсматривать, какъ прекрасное доказательство существованія травматическаго легочнаго туберкулеза.

Если вопросъ о связи между прямымъ поврежденіемъ грудной клѣтки и возникновеніемъ или ухудшеніемъ туберкулезнаго процесса до сихъ поръ еще не рѣшенъ съ полнымъ единогласіемъ, то еще больше разногласій возбуждаетъ вопросъ объ этіологическомъ значеніи кровохарканія, вызваннаго необычнымъ физическимъ напряженіемъ.

По этому вопросу высказался недавно Thiem въ одной изъ своихъ экспертизъ, которую я и передамъ здѣсь въ главнѣйшихъ чертахъ.

28-лѣтній кучеръ Kr., бывшій до того совершенно здоровымъ, началъ харкать кровью послѣ того, какъ ему пришлось поднимать тяжелую кладь—ящики съ пивомъ, камни и пр. Всѣ свидѣтели согласно утверждаютъ, что до несчастнаго случая они знали Kr. сильнымъ, здоровымъ, прилежнымъ и трезвымъ человѣкомъ. Въ день несчастія, который свидѣтели, впрочемъ, точно не помнятъ, Kr. поднялъ боченокъ съ пивомъ и тотчасъ же сталъ жаловаться на сильную боль въ груди, началъ кашлять, отплевывать кровавую мокроту и сдѣлался такъ слабъ, что долгое время не могъ уйти домой. Послѣ того онъ по болѣзни долгое время не ходилъ на работу. Хозяинъ S. сообщаетъ, что Kr.

заболѣлъ послѣ несчастнаго случая и больше на работу не приходилъ. Только въ мартѣ 1906 г. S. снова принялъ его на работу, главнымъ образомъ изъ состраданія, такъ какъ онъ имѣлъ болѣзненный видъ и говорилъ охрипшимъ голосомъ. Д-ръ W., который зналъ пострадавшаго до несчастнаго случая и затѣмъ лечилъ его до самой смерти, сообщаетъ, что Kr. всегда отличался цвѣтущимъ здоровьемъ и происходилъ изъ совершенно здоровой семьи. Его мать, женщина очень преклоннаго возраста, еще жива, братья и сестры его здоровы, отецъ умеръ отъ тифа. 1-го сентября 1902 г. Kr. обратился къ д-ру W. по поводу кровохарканья, которое, по его словамъ, появилось у него вслѣдствіе поднятія тяжелыхъ бочекъ. Врачъ предположилъ, что чрезмѣрное напряженіе вызвало разрывъ кровеноснаго сосуда.—Кровохарканье, повторявшееся еще и въ теченіе ближайшихъ дней, было въ общемъ довольно обильное. Kr. прохворалъ долгое время, а когда онъ поправился, прежняя работа въ пивномъ складѣ оказалась ему уже не по силамъ, и ему пришлось искать болѣе легкой работы. Послѣ того д-ръ W. неоднократно лечилъ Kr. отъ легочной болѣзни, сопровождавшейся періодически повторявшимися небольшими легочными кровотеченіями. Состояніе больного съ каждымъ годомъ становилось хуже; затѣмъ появилась охриплость, не исчезавшая уже до самой смерти. Болѣзнь легкихъ и гортани оказалась въ концѣ-концовъ туберкулезомъ. 26-го апрѣля 1908 г. больной умеръ отъ туберкулеза легкихъ, гортани и кишекъ; по мнѣнію врача, болѣзнь эта косвенно зависѣла отъ несчастнаго случая.

Предсѣдатель мѣстной больничной кассы G. сообщилъ, что Kr. былъ боленъ съ 11-го по 21-е сентября 1902 г. и послѣ того часто хворалъ и пользовался пособіемъ изъ кассы. Онъ страдалъ кровохарканьемъ, кашлемъ и охриплостью.

Допросъ свидѣтелей Br. и O., произведенный по требованію промысловаго товарищества, выяснилъ, что работа по нагрузкѣ въ день несчастнаго случая по своей тяжести не отличалась отъ обычной работы и что Kr. производилъ такую же работу уже въ теченіе 3 лѣтъ. Описанное выше внезапное заболѣваніе Kr. наступило въ тотъ моментъ, когда онъ, стоя на возу, принималъ отъ другого рабочаго боченокъ вѣсомъ въ 2 центнера, для того чтобы положить его на возъ. Въ это время возъ, на которомъ помѣщается обыкновенно 18—20 боченковъ, былъ уже почти нагруженъ

Экспертъ д-ръ D., ассистентъ отдѣленія внутреннихъ болѣзней въ городской больницѣ въ Штральзундѣ, въ своемъ заключеніи отъ 3-го іюля 1908 г. присоединился къ заключенію, данному д-ромъ B., и высказался въ томъ смыслѣ, что развитіе тяжелаго легочнаго и гортаннаго туберкулеза съ громадной вѣроятностью слѣдуетъ отнести на счетъ несчастнаго случая, происшедшаго въ сентябрѣ 1902 года. Хотя и нельзя быть увѣреннымъ, что до несчастнаго случая Kr. былъ въ анатомическомъ смыслѣ совершенно свободенъ отъ туберкулеза, но во всякомъ случаѣ патологическія измѣненія были у него настолько незначительны, что они клинически не давали себя знать и не отражались ни на самочувствіи Kr., ни на его работоспособности Кровохарканье, наступившее во время работы въ сентябрѣ 1902 г., нужно разсматривать, какъ слѣдствіе тѣлеснаго напряженія, во всякомъ случаѣ довольно значительнаго, повлекшаго за собой разрывъ какого-либо слегка измѣненнаго болѣзнью кровеноснаго сосуда; благодаря этому тлѣвшій дотолѣ туберкулезный процессъ разгорѣлся и началъ быстро прогрессировать. Военное свидѣтельство потерпѣвшаго не содержитъ никакихъ указаній на какую-либо слабость или неполную работоспособность во время службы.

Экспертиза высшей инстанціи, произведенная 28-го августа 1908 г. проф. v. R., гласила слѣдующее. Работа, производившаяся Kr. въ день несчастнаго случая, безусловно не выходила за предѣлы его обычной профессіональной дѣятельности Далѣе можно утверждать, что во время несчастнаго случая Kr. имѣлъ уже туберкулезный процессъ въ легкихъ, которымъ, очевидно, былъ пораженъ кровеносный сосудъ, хотя это пораженіе и ограничивалось, можетъ быть, ничтожнымъ пространствомъ. Кровохарканье наступило бы и безъ внѣшняго повода, «избѣжать его въ дальнѣйшемъ было вообще невозможно». Въ данномъ случаѣ оно произошло случайно въ тотъ моментъ, когда Kr. производилъ работу, къ которой онъ уже привыкъ въ теченіе 3—4 лѣтъ. Послѣ кровохарканья скрытый туберкулезъ сдѣлался явнымъ. Невозможно допустить, чтобы у человѣка съ здоровыми легкими наступило кровохарканье даже и при значительно болѣе сильномъ, выходящемъ за предѣлы нормальной работы напряженіи. Поэтому зависимость между кровохарканьемъ, ухудшившимъ теченіе болѣзни, и работой, которую производилъ пострадавшій, должна быть отвергнута.—Третейскій судъ въ Штральзундѣ, къ которому перешло затѣмъ дѣло,

обратился къ предпринимателю S. за разъясненіемъ относительно тяжести производившейся Kr. работы. Г-нъ S. объяснилъ, что при этой работѣ приходится поднимать на высоту 1—1½ метровъ большія бочки вѣсомъ въ 2—3 центнера. Правда, обыкновенно на возу находятся двое рабочихъ; но чаще всего приходится класть бочку одному изъ нихъ, ибо такимъ образомъ легче придать бочкѣ правильное положеніе. Kr. онъ всегда зналъ за здороваго, крѣпкаго человѣка, въ противномъ случаѣ онъ не далъ бы ему несомнѣнно тяжелой должности развозчика пива.

Изъ всѣхъ этихъ данныхъ можно прежде всего сдѣлать слѣдующіе выводы:

Нужно считать доказаннымъ что Kr. до 11-го сентября 1902 г. казался совершенно зооровымъ человѣкомъ, «отличался цвѣтущимъ здоровьемъ» (д-ръ W.) и что въ тотъ моментъ, когда онъ одинъ поднималъ боченокъ пива, вѣсъ котораго рабочіе Br. и О. опредѣляютъ въ 2 центнера. а предприниматель въ 2—3 центнера, онъ его внезапно выпустилъ изъ рукъ, началъ жаловаться на сильныя боли въ груди и отхаркивать кровянистую мокроту. «Онъ долженъ былъ сѣсть, и такъ какъ онъ находился почти въ обморочномъ состояніи, то прошло много времени, пока онъ настолько оправился, что могъ отправиться домой». Съ этого момента Kr. сдѣлался больнымъ, именно сперва у него развился туберкулезъ легкихъ, затѣмъ гортани и кишекъ, и 26-го апрѣля 1908 г, т. е. черезъ 5½ лѣтъ послѣ перваго кровохарканья, онъ отъ этихъ болѣзней умеръ. Д-ръ W., знавшій Kr. до несчастнаго случая и лечившій его затѣмъ до самой смерти, держится того мнѣнія, что Kr. въ моментъ несчастнаго случая былъ здоровъ и что кровохарканье было вызвано именно несчастнымъ случаемъ. Даже врачи D. и R., которые полагаютъ, что Kr. имѣлъ уже легочную болѣзнь до кровохарканья, признаютъ что это кровохарканье дало толчокъ къ ухудшенію болѣзни.

Остается рѣшить вопросъ, было ли кровохарканье вызвано подниманіемъ бочки 11-го сентября 1902 г. или нѣтъ; при этомъ для выясненія этого вопроса для насъ. собственно говоря, безразлично, имѣлъ ли Kr. скрытый легочный туберкулезъ до несчастнаго случая или нѣтъ, такъ какъ установлено, что до 11-го сентября 1902 г. онъ производилъ впечатлѣніе человѣка цвѣтущаго здоровья и могъ заниматься тяжелой работой развозчика пива, а послѣ несчастнаго случая заболѣлъ и могъ производить только болѣе легкую работу.

Но такъ какъ проф. v. R. въ своемъ заключеніи утверждаетъ, что «кровохарканье было вообще неотвратимо» и что оно только случайно совпало съ работой, то необходимо остановиться на вопросѣ, насколько вѣроятно, что 11-го сентября 1902 г. Kr. былъ уже боленъ въ анатомическомъ смыслѣ и возможно ли, чтобы чрезмѣрное напряженіе вызвало разрывъ кровеноснаго сосуда въ здоровомъ легкомъ.

Проф. v. R., повидимому, считаетъ это невозможнымъ. И дѣйствительно, до недавняго времени большинство изслѣдователей придерживалось такого же взгляда. Но въ послѣднее время все чаще встрѣчаются указанія, что подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго напряженія можетъ наступить кровотеченіе изъ здороваго легкаго. При внезапномъ напряженіи грудная клѣтка послѣ предварительнаго вдоха, благодаря сильному сокращенію всѣхъ выдыхательныхъ мышцъ, останавливается въ положеніи выдыханія, причемъ голосовая щель закрывается; такимъ образомъ грудная клѣтка образуетъ прочную точку опоры при поднятіи тяжести. Легкія при этомъ представляютъ плотно закрытый пузырь. который можетъ лопнуть въ любомъ мѣстѣ, въ особенности если поднятая тяжесть давитъ на какую-нибудь часть грудной клѣтки.

Litten (въ Verein für innere Medizin въ Берлинѣ 18-го февр. 1907 г.) считаетъ возможнымъ и вѣроятнымъ возникновеніе кровотеченія въ здоровомъ легкомъ подъ вліяніемъ поднятія большой тяжести. Медицинскій факультетъ Берлинскаго университета на запросъ Имперскаго страхового бюро отвѣтилъ, что поднятіе тяжести можетъ вести къ воспаленію легкихъ. Въ случаѣ Litten'a пострадавшій перекладывалъ тяжелыя каменныя плиты; при этомъ онъ вдругъ почувствовалъ колотье въ боку, выпустилъ изъ рукъ плиту и началъ харкать кровью. Черезъ 2 дня послѣ того развилось воспаленіе легкихъ, а затѣмъ больной погибъ отъ гангрены Главное основаніе, по которому проф. R. предполагаетъ, что 11-го сент. 1902 г. Kr. былъ уже боленъ, это то, что у человѣка съ здоровыми легкими онъ считаетъ невозможнымъ кровохарканье даже подъ вліяніемъ максимальнаго напряженія силъ. Но въ случаѣ Litten'a кровохарканье наступило совершенно при тѣхъ же условіяхъ, какъ и у Kr., и, слѣдовательно, этотъ случай колеблетъ главное основаніе, которымъ руководствуется проф. R., утверждая, что Kr. былъ уже боленъ во время поднятія

тяжести и наступившаго затѣмъ кровохарканья. Litten былъ человѣкомъ очень осторожнымъ въ своихъ сужденіяхъ и очень добросовѣстнымъ и внимательнымъ наблюдателемъ; кромѣ того къ его мнѣнію въ этомъ вопросѣ присоединился и Берлинскій медицинскій факультетъ. Но если мы даже допустимъ, что проф. v. R. правъ и что Kr. уже во время перваго кровохарканья носилъ въ себѣ скрытый туберкулезъ, то все-таки этимъ не снимается еще отвѣтственность съ промысловаго товарищества, если только кровохарканье—хотя бы и изъ больного легкаго—произошло подъ вліяніемъ поднятія тяжелой пивной бочки, ибо всѣ согласны въ томъ, что это кровохарканье во всякомъ случаѣ оказало очень вредное вліяніе на теченіе легочнаго процесса, а, можетъ быть, и превратило скрытый туберкулезъ въ явный. Такимъ образомъ нельзя согласиться съ мнѣніемъ проф. v. R., что «кровохарканье вообще было непредотвратимо».

Это утвержденіе ни на чемъ не основано

Кровохарканье встрѣчается далеко не у всѣхъ людей, страдающихъ легочной чахоткой. По Williams'у оно наблюдается въ 70% случаевъ, по Brehmer'у въ 66²/₃%, по Габриловичу въ 55%, по Abraham'у въ 34,5%, по Gerhardt'у въ 30%, по Condie въ 24%. Если взять среднюю изъ этихъ цифръ, то частоту кровохарканій можно опредѣлить въ 47%; но если, даже взять высшую цифру въ 70%, то все-таки и она не даетъ права утверждать, что у того или иного больного кровохарканье несомнѣнно наступитъ, что оно «неотвратимо». Даже выраженіе Gerhardt'a «кровохарканье есть привилегія туберкулезныхъ» вѣрно лишь въ томъ смыслѣ, что туберкулезъ является самой частой, но отнюдь не единственной причиной кровохарканья. И при отсутствіи легочнаго туберкулеза могутъ быть кровохарканья, напр., при разстройствѣ легочнаго кровообращенія, въ качествѣ замѣны менструальныхъ кровотеченій у женщинъ, послѣ напряженія, продолжительной маршировки, гимнастики, восхожденія на горы, танцевъ, безсонныхъ ночей, эксцессовъ in Baccho et Venere, злоупотребленія чаемъ и кофе, наконецъ послѣ поврежденій; и во всѣхъ этихъ случаяхъ кровохарканье отнюдь не является симптомомъ туберкулеза. Въ случаѣ Kr. кровохарканье несомнѣнно повлекло за собой туберкулезъ. Что оно само было признакомъ уже существовавшаго туберкулеза это возможно. но не доказано и мнѣ лично кажется мало вѣроятнымъ. Но, какъ уже сказано выше, насъ долженъ интересовать лишь вопросъ, вызвано ли кровохарканье подниманіемъ бочки съ пивомъ, или оно только случайно совпало съ этимъ занятіемъ, не выходящимъ, по мнѣнію проф. v. R., изъ рамокъ обычной профессіональной дѣятельности пострадавшаго. Я думаю, что послѣдній пунктъ вовсе не подлежитъ врачебному разсмотрѣнію, онъ можетъ быть гораздо лучше разрѣшенъ экспертомъ-техникомъ, и въ качествѣ таковогоможно разсматривать предпринимателя S., который сообщаетъ, что бочки вѣсятъ отъ 2 до 3 центнеровъ, т. е. имѣютъ различный вѣсъ. Возможно, что именно 11-го сентября 1902 г Kr. поднималъ особенно тяжелую бочку. Кромѣ того S. отмѣчаетъ, «что обыкновенно на возу находится двое рабочихъ», конечно, для того, чтобы вмѣстѣ укладывать бочки.

И хотя тотъ же экспертъ заявляетъ, что чаще всего бочку беретъ одинъ рабочій, такъ какъ одному легче придать бочкѣ правильное положеніе, все-таки нужно признать, что для одного человѣка поднятіе бочки вѣсомъ въ три центра представляетъ чрезвычайное напряженіе, во всякомъ случаѣ, не столь обычное, какъ при поднятіи той же тяжести вдвоемъ. А что поднятіе тяжести въ 3 центнера, въ особенности когда ее такъ неудобно держать, какъ бочку съ пивомъ, связано съ значительнымъ напряженіемъ, это не подлежитъ никакому сомнѣнію.

Кромѣ того нужно принять во вниманіе, что несчастный случай произошелъ въ 7 час. вечера послѣ того, какъ Kr. въ теченіе всего дня возилъ сѣно, т. е. производилъ тоже очень тяжелую работу. Слѣдовало бы также выяснить, не было ли въ этотъ день очень жарко, какъ это часто бываетъ во время покоса, а также въ какой день недѣли произошелъ несчастный случай. Къ концу недѣли рабочіе обыкновенно гораздо болѣе ослаблены, чѣмъ во вторникъ (въ понедѣльникъ еще чувствуется слабость отъ воскресныхъ удовольствій). Во всякомъ случаѣ можно допустить, что 11-го сент. 1902 г. Kr. въ 7 ч. веч. уже не чувствовалъ себя настолько бодрымъ и сильнымъ, какъ утромъ, и потому это колоссальное напряженіе уже оказалось не по силамъ даже для его привычнаго къ труду организма. Къ тому же кровохарканье случилось, когда изъ 10—20 бочекъ, которыя помѣщаются на возу, большинство было уже нагружено.

Наконецъ чрезмѣрное напряженіе легко можетъ быть вызвано неправиль-

нымъ положеніемъ бочки, когда во время подъема она не находится въ состояніи полнаго равновѣсія.

Однимъ словомъ, необходимо принять во вниманіе цѣлый рядъ побочныхъ обстоятельствъ, благодаря которымъ работа, вообще говоря обычная для Кг., могла въ этотъ вечеръ сдѣлаться для него настолько тяжелой, что онъ не могъ ее вынести. Мы впали бы въ очень вредный схематизмъ, если бы стали здѣсь рабски придерживаться понятія объ «обычномъ профессіональномъ напряженіи», каковымъ впрочемъ я не могу считать подниманіе бочки въ 2—3 центнера. Въ самомъ дѣлѣ, вѣдь не въ шутку же Кг. выпустилъ бочку изъ рукъ: очевидно, наступившія боли сдѣлали невозможнымъ дальнѣйшее подниманіе бочки. Онъ сталъ жаловаться на колотье, кашлять кровью и сѣлъ въ полуобморочномъ состояніи. Развѣ это не признаки чрезмѣрнаго напряженія?

Простая потеря крови у здороваго человѣка не даетъ такихъ явленій.

Затѣмъ важно, что сперва наступила боль, которая и заставила Кг. выпустить бочку, а уже послѣ боли появилась кровь, какъ результатъ происшедшаго разрыва сосуда въ легкомъ.

Правда, въ прежнихъ своихъ рѣшеніяхъ Имперское страховое бюро проявляло нѣкоторый—я повторяю это выраженіе—схематизмъ и отказывалось признавать послѣдствіемъ несчастнаго случая кровотеченіе, происшедшее во время исполненія обычной профессіональной работы; но такой взглядъ не слѣдуетъ разсматривать, какъ заповѣдь, высѣченную въ камнѣ. Имперское страховое бюро представляетъ слишкомъ живое учрежденіе, чтобы не измѣнять своихъ воззрѣній и не приспособлять ихъ къ научному прогрессу.

Я не могу забыть слѣдующее рѣшеніе Имперскаго страховаго бюро:

«Наличность несчастнаго случая не могла быть признана въ томъ случаѣ, когда у каменщика, безусловно уже болѣвшаго легочнымъ туберкулезомъ до несчастнаго случая, во время подниманія тяжелой каменной плиты въ $3^1/_2$—4 центнера появилось вдругъ кровохарканье, отъ котораго онъ вскорѣ умеръ». (Рѣш. 1888 г., стр. 334).

Но для больного каменщика подниманіе плиты какъ-разъ и оказалось вслѣдствіе его болѣзни слишкомъ большимъ напряженіемъ, хотя здоровому человѣку оно и было бы можетъ быть подъ силу.

Еще одно соображеніе. По отношенію къ такъ назыв. мѣстному туберкулезу. напр. туберкулезу стопы, всѣ согласны, что онъ можетъ быть вызванъ сравнительно незначительными травмами, какъ-то: ушибомъ, растяженіемъ, сжатіемъ и пр. Почему же кровохарканье изъ туберкулезнаго легкаго не хотятъ считать послѣдствіемъ несчастнаго случая, если не было напряженія, превышающаго человѣческія силы?

Я убѣжденъ, что лишеніе наслѣдниковъ Кг. ренты было бы несправедливо. По моему Кг. долженъ былъ получать ренту уже при жизни.

Самое частое травматическое заболѣваніе дыхательныхъ органовъ—плевритъ, какъ сухой и ограниченный, такъ и выпотной, не даетъ никакихъ дифференціально-діагностическихъ признаковъ, по которымъ его можно было бы отличить отъ обыкновеннаго, нетравматическаго воспаленія плевры. Къ этому нужно еще прибавить, что субъективныя разстройства, въ особенности при выпотномъ плевритѣ появляются нерѣдко спустя нѣсколько недѣль послѣ несчастнаго случая. который къ тому же иногда кажется совсѣмъ незначительнымъ. Поэтому случаи посттравматическихъ плевритовъ, если они не сопровождаются поврежденіемъ скелета, представляютъ для эксперта большія трудности. То же нужно сказать и объ упомянутомъ уже выше посттравматическомъ туберкулезномъ плевритѣ. Здѣсь, какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, необходимо изслѣдовать состояніе здоровья потерпѣвшаго до несчастнаго случая.

Послѣ прямыхъ и косвенныхъ травмъ грудной клѣтки. къ каковымъ, какъ уже сказано, относится и подниманіе большихъ тяжестей, можетъ произойти разрывъ или воспаленіе легочной ткани съ послѣдующей аспираціей гнилостныхъ бактерій и развитіемъ въ больномъ очагѣ легочной гангрены; впрочемъ послѣ простыхъ травмъ грудной клѣтки такой исходъ встрѣчается крайне рѣдко.

Liebl недавно описалъ случай легочной гангрены вслѣдствіе разрыва пищевода послѣ поднятія тяжелаго камня.

Послѣ тупыхъ травмъ могутъ развиться также и болѣзни сердца, причемъ на мягкихъ частяхъ и костяхъ грудной клѣтки можетъ не быть при этомъ никакихъ слѣдовъ травмы. По R. Stern'у травма можетъ вызвать острый и хроническій эндокардитъ, пороки сердца вслѣдствіе разрыва клапановъ, перикардитъ и смѣщеніе сердца Тѣмъ, кто хочетъ болѣе подробно познакомиться съ травматическими заболѣваніями сердца, я могу рекомендовать послѣднее изданіе книги R. Stern'a «Ueber traumatische Entstehung inneren Krankheiten». Здѣсь же я вкратцѣ изложу только наиболѣе важные результаты изслѣдованій, произведенныхъ въ этой области R. Stern'омъ и его учениками

При оцѣнкѣ остраго травматическаго эндокардита требуется большая осторожность; часто мы имѣемъ здѣсь дѣло только съ ухудшеніемъ скрытой болѣзни или съ рецидивомъ. Діагнозъ хроническаго травматическаго эндокардита—болѣзни крайне рѣдкой—требуетъ по Stern'у подробнаго наблюденія болѣзни послѣ несчастнаго случая. Посттравматическіе случаи, по большей части имѣющіе инфекціонный характеръ (вслѣдствіе внѣдренія бактерій въ поврежденные клапаны), требуютъ для своего развитія болѣе или менѣе продолжительное время—отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль или даже мѣсяцевъ. Травматическіе пороки сердца могутъ развиться не только на почвѣ травматическаго эндокардита, но и прямо, вслѣдствіе разрыва клапана. Чаще всего разрываются клапаны уже больные, либо вслѣдствіе непосредственнаго воздѣйствія внѣшней силы, либо—что бываетъ чаще—вслѣдствіе сильнаго напряженія или же подъ вліяніемъ обоихъ моментовъ одновременно. Клапанъ, очевидно, рвется въ моментъ напряженія, а именно двустворчатый и трехстворчатый въ моментъ систолы, а аортальный и легочный въ моментъ діастолы. Что касается заболѣваній сердечной мышцы, то, какъ показываютъ паталого-анатомическія изслѣдованія, они встрѣчаются столь же часто, какъ и травматическіе перикардиты, вслѣдствіе поврежденія сердечной мышцы во время травмы; сжатіе мелкихъ вѣнечныхъ артерій, какъ непосредственное, такъ и косвенное вслѣдствіе кровоизліяній, можетъ также дать анемическій некрозъ сердечной мышцы. Такимъ образомъ разстройство кровообращенія, наступающее послѣ травмы сердца, можетъ быть отчасти объяснено недостаточностью сердечной мышцы. Если имѣется уже (скрытое) заболѣваніе сердечной мышцы, то чрезмѣрное напряженіе легче приводитъ къ разстройству сердечной дѣятельности, и разстройство это достигаетъ болѣе сильной степени и держится болѣе стойко, чѣмъ при здоровомъ сердцѣ. De la Camp, на основаніи продолжительнаго изученія вопроса, пришелъ къ заключенію, что острое расширеніе сердца вслѣдствіе сильнаго напряженія возможно лишь въ томъ случаѣ, если сердечная мышца уже раньше была больна.

Чаще другихъ пораженій сердца встрѣчаются послѣ травмъ грудной клѣтки перикардиты; послѣдніе бываютъ либо первичными, либо сопровождаютъ другія поврежденія сердца. Чаще всего встрѣчается сухой перикардитъ, рѣже серозно-фибринозный, еще рѣже гнойный. Въ другихъ случаяхъ перикардитъ послѣ травмы развивается постепенно, «вслѣдствіе обостренія стараго воспали-

тельнаго процесса, сопровождающаго нерѣдко хроническія сердечныя болѣзни, въ особенности на почвѣ туберкулеза» (R. Stern). Слѣдовательно, здѣсь такъ же, какъ при туберкулезѣ легкихъ или мѣстномъ туберкулезѣ и остеоміэлитѣ костей, дѣло идетъ только о превращеніи подъ вліяніемъ травмы скрытой болѣзни въ явную. Для экспертизы здѣсь требуется очень внимательное наблюденіе со стороны спеціалиста; такое наблюденіе, по Stern'у, имѣетъ большую цѣну, чѣмъ вскрытіе.—Нерѣдко въ теченіе нѣсколькихъ недѣль и мѣсяцевъ послѣ несчастнаго случая пострадавшій жалуется на боли въ области сердца, и эксперту приходится выяснить происхожденіе этихъ болей. При физическомъ изслѣдованіи только въ рѣдкихъ случаяхъ удается найти признаки обширныхъ перикардіальныхъ срощеній (мозолистый медіастино-перикардитъ), и еще рѣже ограниченныя перикардіальныя срощенія. Если уже ранѣе былъ распознанъ перикардитъ, то такимъ образомъ происхожденіе болей становится понятнымъ; отсюда видно, насколько важно подробно изслѣдовать пострадавшаго тотчасъ послѣ несчастнаго случая; во многихъ случаяхъ перикардитъ все-таки остается нераспознаннымъ. Иногда діагнозу помогаетъ рентгеновское изслѣдованіе.

Прежде чѣмъ закончить главу объ органахъ кровообращенія, я долженъ еще коснуться вопроса о вліяніи несчастныхъ случаевъ на заболѣванія сосудистой системы. Что травма, и въ особенности психическая травма, какъ испугъ, возбужденіе, столь часто сопровождающіе соматическія поврежденія, могутъ вызвать артеріосклерозъ—это должно быть отвергнуто; только при частомъ повтореніи несчастныхъ случаевъ и связаннаго съ ними возбужденія можно допустить такую возможность. Вазомоторныя разстройства и обусловленныя этимъ частыя колебанія кровяного давленія и просвѣта сосудовъ могутъ вызвать пораженіе сосудистыхъ стѣнокъ съ послѣдующимъ перерожденіемъ ихъ (M. Herz). Кромѣ того, извѣстно, что у лицъ, занимающихся тяжелымъ физическимъ трудомъ, артеріосклерозъ развивается очень рано—въ 30—40 лѣтъ (R. Stern). Подъ вліяніемъ несчастныхъ случаевъ развитіе артеріосклероза, повидимому, ускоряется и создается почва для разстройства сосудистой иннерваціи. Такъ назыв. посттравматическій артеріосклерозъ нужно поэтому разсматривать прежде всего, какъ ухудшеніе существовавшаго уже до того заболѣванія сосудовъ; впрочемъ въ практическомъ отношеніи такое ухудшеніе имѣетъ то же значеніе, какъ и непосредственное слѣдствіе несчастнаго случая. Исключеніе составляютъ травмы черепа, послѣ которыхъ иногда наблюдается и у сравнительно молодыхъ субъектовъ развитіе общаго преждевременнаго артеріосклероза (Pietrzikowski).

Что послѣ поврежденія артерій могутъ развиться аневризмы, это общеизвѣстно. Но кромѣ того въ травматологической литературѣ описаны несомнѣнные случаи развитія аневризмы аорты послѣ непосредственнаго ушиба грудной клѣтки, иногда связаннаго съ чрезмѣрнымъ напряженіемъ (Thiem). Schlecht сообщаетъ о двухъ случаяхъ травматической аневризмы аорты послѣ подобной травмы, наблюдавшихся въ клиникѣ v. Strümpell'я. Подобный же случай послужилъ предметомъ нижеслѣдующей экспертизы проф. Fr. Müller'a (Марбургъ).

Въ отношеніи отъ 1 авг. 1896 г. Имперское страховое бюро обратилось къ нижеподписавшемуся съ предложеніемъ дать заключеніе по дѣлу о вознаграж-

деніи за несчастный случай крестьянина В. изъ S. Такъ какъ на основаніи однихъ документовъ оказалось невозможнымъ составить заключеніе, то нижеподписавшійся обратился къ Имперскому страховому бюро съ просьбой доставить В. для личнаго изслѣдованія.

В. явился въ мѣстную поликлинику 11 авг., и при изслѣдованіи у него найдено слѣдующее:

В. низкаго роста, имѣетъ блѣдный, болѣзненный видъ; толчокъ сердца усиленъ, находится въ 5 межреберномъ промежуткѣ по сосковой линіи. Кромѣ того отмѣчается пульсація въ 1-мъ и 2-мъ межреберномъ промежуткѣ справа и въ яремной ямкѣ. На мѣстѣ послѣдней опредѣляется пульсирующая опухоль, заходящая на 1 стм. за верхній край грудины и дающая ощущеніе дрожанія. Какъ показало точное изслѣдованіе, пульсація этой опухоли запаздываетъ на 0,05 секунды сравнительно съ сокращеніями сердца. На мѣстѣ пульсаціи въ 1-мъ и 2-мъ межреберномъ промежуткѣ опредѣляется притупленіе перкуторнаго звука. Увеличеніе сердечной тупости указываетъ на расширеніе полостей сердца. При аускультаціи на всѣхъ отверстіяхъ слышенъ громкій систолическій и діастолическій шумъ, усиливающійся въ области 1-го и 2-го праваго межреберья. На основаніи этихъ данныхъ не подлежитъ сомнѣнію, что у изслѣдуемаго имѣется недостаточность аортальныхъ клапановъ, какъ это и указано въ экспертизѣ окружнаго врача д-ра М. Д-ра Р. и Н. въ своей экспертизѣ также высказываются за наличность порока сердца. Но найденная нами въ верхней части груди пульсирующая опухоль показываетъ, что мы имѣемъ здѣсь дѣло не съ первичнымъ пораженіемъ сердца, а съ значительнымъ расширеніемъ аорты, съ аневризмой аорты. Въ пользу такого діагноза говоритъ между прочимъ и то обстоятельство, что лѣвая сонная артерія обнаруживаетъ гораздо болѣе сильную пульсацію, чѣмъ правая, и что на лѣвой лучевой артеріи пульсовая волна имѣетъ совсѣмъ другой характеръ, чѣмъ на правой.

Кромѣ того въ пользу указаннаго діагноза говоритъ еще то, что надъ всей пульсирующей областью слышенъ кромѣ діастолическаго еще громкій систолическій шумъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда расширеніе помѣщается непосредственно у выхода аорты изъ сердца, аортальные клапаны становятся недостаточными, такъ какъ они приспособлены къ отверстію нормальной ширины, и неспособны прикрывать расширенное вслѣдствіе болѣзни отверстіе. Мы имѣемъ здѣсь, слѣдовательно, не порокъ сердца въ обычномъ смыслѣ слова, т. е. не заболѣваніе самихъ клапановъ сердца, а лишь расширеніе аорты, которымъ и объясняются всѣ болѣзненныя явленія. Болѣзнь эта въ той степени, какой она достигла у В., должна обусловливать полную неспособность ко всякой болѣе или менѣе тяжелой работѣ, такъ какъ всякое напряженіе можетъ повести къ еще большему расширенію и даже къ разрыву аневризмы.

Изъ извѣстныхъ намъ причинъ аневризмы аорты на первомъ мѣстѣ нужно поставить травму грудной клѣтки. В. перенесъ такую травму въ очень сильной степени и ею можно вполнѣ объяснить развитіе у него аневризмы.

Кромѣ того, на основаніи документовъ, можно заключить, что до несчастнаго случая В. былъ вполнѣ работоспособенъ и что затѣмъ при явленіяхъ постепенно развивающагося порока сердца работоспособность его все болѣе и болѣе понижалась. Такъ какъ подобнаго рода аневризма тотчасъ послѣ несчастнаго случая обыкновенно не можетъ быть распознана и увеличивается лишь постепенно, то вполнѣ понятно, что первые врачи, лечившіе В., не могли ее констатировать.

Но, съ другой стороны, въ настоящій моментъ не можетъ быть никакого сомнѣнія, что у В. имѣется аневризма аорты, дѣлающая его совершенно неработоспособнымъ; и вполнѣ вѣроятно, что это заболѣваніе слѣдуетъ приписать тяжелому поврежденію грудной клѣтки, имѣвшему мѣсто 12 ноября 1894 г. Другой причины для развитія аневризмы аорты или порока сердца не оказалось.

Приведу вкратцѣ другую экспертизу съ отрицательнымъ заключеніемъ [1]).

Истецъ Z. страдаетъ аневризмой аорты, наличность которой съ несомнѣнностью установлена рентгеновскимъ изслѣдованіемъ. Его жалобы на колотье въ лѣвой половинѣ грудной клѣтки, на неправильность сердечной дѣятельности, одышку и пр. должны быть поэтому признаны заслуживающими довѣрія. Если бы, какъ онъ это теперь утверждаетъ, онъ дѣйствительно упалъ на

[1]) По «Med. Klinik», 1908, № 30.

лѣвый бокъ и получилъ при этомъ сильный ушибъ грудной клѣтки или если бы ему пришлось произвести какую-нибудь чрезвычайно трудную работу, то можно было бы допустить, что болѣзнь явилась слѣдствіемъ несчастнаго случая. Но по тому, какъ Z и работавшій вмѣстѣ съ нимъ рабочій J. раньше описывали происшедшій съ ними случай (подниманіе большой тяжести), такого заключенія сдѣлать нельзя. На имѣющійся въ присланномъ намъ отношеніи вопросъ, страдаетъ ли Z. туберкулезомъ легкихъ, мы можемъ дать слѣдующій отвѣтъ. Ни при выслушиваніи и выстукиваніи грудной клѣтки, ни при изслѣдованіи легкихъ рентгеновскими лучами не найдено никакихъ признаковъ легочнаго туберкулеза. Нѣтъ также и другихъ признаковъ легочнаго туберкулеза — кашля, мокроты, повышенія t^0, ночныхъ потовъ и т. д. Всѣ объективныя и субъективныя данныя объясняются наличностью аневризмы. Болѣзнь эта безусловно существовала уже до несчастнаго случая. Что въ этотъ день при нагрузкѣ глины—работѣ далеко не легкой—она впервые дала о себѣ знать, — это вполнѣ возможно и даже, судя по описанію, вполнѣ вѣроятно.—Что аневризма аорты можетъ быть вызвана тяжелымъ поврежденіемъ грудной клѣтки, мы уже упомянули выше. Но въ данномъ случаѣ, гдѣ развитіе аневризмы зашло уже очень далеко, нужно было бы предположить чрезвычайно тяжелую травму, чтобы объяснить такое быстрое развитіе болѣзни. Изъ документовъ, однако, видно, что раньше Z. не указывалъ на поврежденіе груди и что эта жалоба появилась только послѣ поступленія въ здѣшнюю больницу. Совершенно поэтому невѣроятно, чтобы во время несчастнаго случая имѣла мѣсто тяжелая травма; скорѣе всего представленіе объ ушибѣ груди возникло у Z. уже впослѣдствіи.—Итакъ, на основаніи имѣющагося въ документахъ матеріала, мы не можемъ считать аневризму аорты слѣдствіемъ несчастнаго случая и полагаемъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось простое ухудшеніе болѣзни, случайно происшедшее въ то время, когда Z. производилъ свою обычную тяжелую работу.

Что касается относящихся къ этой же группѣ болѣзней язвъ голени, возникновеніе которыхъ на варикозно-измѣненной, атрофической кожѣ голеней несомнѣнно можетъ быть ускорено травмой, то здѣсь необходимо выяснить вопросъ, въ какой мѣрѣ подлежатъ вознагражденію столь частые при этой болѣзни рецидивы. Если принять во вниманіе нецѣлесообразное и нечистоплотное поведеніе большинства больныхъ съ язвами голени, то, по моему мнѣнію, которое впрочемъ раздѣляютъ и нѣкоторые другіе авторы, рецидивы не слѣдуетъ считать послѣдствіемъ поврежденій, за исключеніемъ только тѣхъ случаевъ, гдѣ изъязвленіе дѣйствительно вызвано новой, доказанной травмой. Я думаю, что все болѣе распространяющееся за послѣднее время примѣненіе несъемныхъ повязокъ, дастъ очень хорошіе результаты и въ судебно-медицинскомъ отношеніи, не оказывая въ то же время вреднаго вліянія и на работоспособность.

Травматическія и посттравматическія заболѣванія брюшныхъ органовъ требуютъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія, такъ какъ и здѣсь клиническая картина даетъ мало отличительныхъ признаковъ отъ нетравматическихъ заболѣваній. При травматическомъ перитонитѣ дѣло обстоитъ такъ же, какъ при плевритѣ. При болѣе сильныхъ, въ особенности тупыхъ травмахъ живота присоединяется первичный шокъ, наличность котораго облегчаетъ установить травматическій характеръ болѣзни. Здѣсь мы еще разъ видимъ, насколько важно подробное изслѣдованіе пострадавшаго со стороны врача, оказывающаго первую помощь и какую цѣну можетъ имѣть протоколированіе установленныхъ имъ данныхъ. Большая осторожность нужна при оцѣнкѣ сильныхъ, локализованныхъ болей въ животѣ, иногда обостряющихся при напряженіи; здѣсь нужно подумать о перитонеальныхъ сращеніяхъ, оставшихся послѣ ограниченнаго перитонита (Riedel, Fürbringer). Хотя послѣ травмы и наблюдались энтериты съ послѣдующимъ стенозомъ кишечника (F. Epstein),

однако, на вопросъ о возможности травматическаго аппендицита, т. е. о возможности заболѣванія здороваго червеобразнаго отростка подъ вліяніемъ травмы, при современномъ состояніи нашихъ знаній приходится отвѣтить отрицательно. Въ случаяхъ травматическаго аппендицита можно скорѣе предположить, что имѣлся скрытый аппендицитъ—явленіе далеко нерѣдкое, и что подъ вліяніемъ травмы онъ превратился въ острый (R. Stern). Точно такъ же подъ вліяніемъ травмы можетъ наступить прободеніе пораженнаго ранѣе отростка.

Что касается травматическаго происхожденія инвагинаціи кишекъ, то Thiem въ одной изъ своихъ экспертизъ, на основаніи литературы вопроса, высказался въ томъ смыслѣ, что «достовѣрными случаями травматической инвагинаціи кишекъ нужно считать только тѣ, въ которыхъ имѣлъ мѣсто непосредственный ушибъ живота». Косвеннымъ путемъ такая травма можетъ, по мнѣнію Thiem'a, способствовать инвагинаціи, усиливая перистальтику, уже возбужденную какими-либо другими моментами; затѣмъ травма можетъ ухудшить уже имѣющуюся инвагинацію, благодаря тому же вліянію на перистальтику. Но никогда не слѣдуетъ упускать изъ виду, что и такое косвенное вліяніе травмы наблюдается чрезвычайно рѣдко; рѣже же всего инвагинація бываетъ вызвана подниманіемъ тяжести—извѣстенъ только одинъ подобный случай, но и тотъ въ виду недостатка данныхъ не можетъ считаться установленнымъ съ научной достовѣрностью.

Изъ травматическихъ заболѣваній желудка больше всего заслуживаетъ вниманія поврежденіе слизистой желудка — травматическая язва желудка, которая наблюдалась какъ послѣ непосредственной травмы области желудка, такъ и послѣ подниманія тяжестей и сильнаго сотрясенія тѣла (паденіе на ноги, на ягодицы). Опыты на животныхъ показали, что важнымъ предварительнымъ условіемъ для нарушенія цѣлости слизистой оболочки желудка подъ вліяніемъ травмы является наполненіе желудка пищей и что, помимо предрасположенія желудка къ кровоизліяніямъ въ слизистую оболочку, извѣстную роль играетъ и индивидуальное расположеніе. Возможны также случаи, когда травма вызываетъ кровотеченіе изъ имѣвшейся уже язвы желудка. Въ судебно-медицинскомъ отношеніи для оцѣнки подобныхъ случаевъ важно наступленіе кровавой рвоты или кровянистаго стула въ теченіе первыхъ трехъ дней послѣ травмы (разрывъ слизистой оболочки желудка) или спустя нѣсколько недѣль (развитіе круглой язвы съ болями и общими гастрическими разстройствами) (Thiem).

Описаны также случаи несомнѣнной травматической язвы двѣнадцатиперстной кишки. Одинъ такой случай сообщилъ недавно C. Bayer. Крѣпкій мужчина среднихъ лѣтъ при вставаніи въ купе вагона ударился верхней частью живота объ ручку палки, которая лежала у него между ногъ; тотчасъ же, безъ всякихъ продромальныхъ явленій, онъ почувствовалъ себя дурно, послѣдовалъ рядъ обмороковъ, а затѣмъ выдѣлилась изъ кишечника сгустками масса свѣжей крови. Черезъ нѣсколько лѣтъ субъектъ этотъ подвергся гастроэнтеростоміи по поводу стеноза двѣнадцатиперстной кишки

Тотъ же механизмъ наблюдаемъ мы и при травмахъ печени. Легкія травмы оставляютъ послѣ себя мѣстное воспаленіе висцеральнаго листка брюшины въ формѣ срощеній, которыя даютъ всѣ

симптомы, упомянутые выше при разсмотрѣніи перитонита; но такого рода воспаленіе, какъ извѣстно, можетъ возникать и безъ травмы. Въ судебно-медицинскомъ отношеніи больше значенія имѣютъ паренхиматозныя травматическія заболѣванія печени, разрывы этого объемистаго, прочно укрѣпленнаго и потому мало доступнаго прямому и косвенному поврежденію органа. При разрывахъ печени, не ведущихъ къ смерти, наблюдается прежде всего шокъ, а затѣмъ мѣстныя боли, отдающія въ область праваго плеча, далѣе симптомы кровотеченія и ограниченнаго или разлитого перитонита и, наконецъ, иногда желтуха и гликозурія, изъ которой можетъ развиться діабетъ. Послѣдствіемъ травматическаго гепатита является печеночный абсцессъ, который, по Löwenstein'у, можетъ развиться то спустя нѣсколько дней, то черезъ нѣсколько недѣль и мѣсяцевъ послѣ травмы. Stern не могъ установить какого-либо соотвѣтствія между тяжестью поврежденія и развитіемъ абсцесса. Kehr считаетъ не подлежащимъ никакому сомнѣнію, что подъ вліяніемъ травмы скрытый cholelithiasis можетъ перейти въ острый. Наблюдались также поврежденія и посттравматическія заболѣванія селезенки—и даже при вполнѣ нормальномъ предварительномъ состояніи ея—съ появленіемъ буроватаго или зеленоватаго цвѣта лица и послѣдующимъ развитіемъ абсцесса селезенки или лейкеміи; далѣе послѣ травмъ наблюдались поврежденія поджелудочной железы, подвижная печень и селезенка, первая—большей частью послѣ поднятія тяжести (Löwenstein), вторая—послѣ паденія (Pirotaix, Pezek). Гораздо чаще встрѣчается травматическая подвижная почка (Küster), въ особенности справа; этіологическимъ моментомъ можетъ быть паденіе на спину, ушибъ поясницы, паденіе на ноги или ягодицы, поднятіе тяжести; еще чаще подъ вліяніемъ травмы или чрезмѣрнаго напряженія ухудшается уже существующій нефроптозъ, который по Thiem'у развивается особенно часто у женщинъ въ періодѣ наибольшаго напряженія физическихъ силъ и наибольшаго злоупотребленія корсетомъ.

Изъ поврежденій почекъ мы упомянемъ только тѣ, подъ вліяніемъ которыхъ могутъ развиться обычныя почечныя заболѣванія, встрѣчающіяся и безъ травмы. Сюда прежде всего относится травматическій нефритъ (по большей части развивающійся вслѣдствіе подкожнаго поврежденія почки), который R. Stern подраздѣляетъ на слѣдующія формы:

1. «Встрѣчаются такіе случаи поврежденія почекъ, при которыхъ моча въ первые дни имѣетъ такой же характеръ, какъ при остромъ нефритѣ, кромѣ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, мы находимъ различнаго рода цилиндры и, напр., больше бѣлка, чѣмъ это соотвѣтствуетъ содержанію крови въ мочѣ. Въ нѣкоторыхъ такихъ случаяхъ, дошедшихъ до вскрытія, не оказалось, однако, никакихъ воспалительныхъ измѣненій, а былъ найденъ только обширный некрозъ. Теченіе подобныхъ случаевъ — если только другія послѣдствія травмы не вели къ смерти — было благопріятное; моча въ теченіе нѣсколькихъ дней становилась снова нормальной, общихъ симптомовъ нефрита не наблюдалось. По всей вѣроятности, и здѣсь, какъ и въ случаяхъ, подвергшихся вскрытію, дѣло шло лишь о некрозѣ, хотя нельзя съ полной увѣренностью исключить возможность ограниченнаго травматическаго нефрита. —2. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ послѣ поврежденія почекъ остается длительная (продолжающаяся

иногда больше года) альбуминурія безъ другихъ явленій нефрита. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ было прослѣжено дальнѣйшее теченіе болѣзни, наблюдалось въ концѣ-концовъ полное выздоровленіе. Объ анатомическихъ измѣненіяхъ въ почкахъ при этой альбуминуріи мы до сихъ поръ ничего не знаемъ. По всей вѣроятности, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ ограниченнымъ воспалительнымъ процессомъ на почвѣ первоначальнаго поврежденія почечной ткани. 3. Въ литературѣ описанъ рядъ случаевъ, гдѣ послѣ травмы почечной области развивался диффузный нефритъ со всѣми его характерными симптомами (кромѣ измѣненій мочи—отеки, ретинитъ, уремія). Существовала ли однако, въ этихъ случаяхъ причинная связь между нефритомъ и травмой, какъ это предполагали нѣкоторые авторы, это еще сомнительно. По крайней мѣрѣ для извѣстной части этихъ случаевъ можно съ большей вѣроятностью предположить, что уже до травмы существовалъ хроническій нефритъ».

Кромѣ тѣхъ послѣдствій, къ которымъ можетъ вести травматическій нефритъ (абсцессъ почки), въ литературѣ описаны еще другія посттравматическія заболѣванія, какъ-то: гнойный піэлонефритъ, перинефритъ, паранефритическій абсцессъ, гидронефрозъ (рѣдко); при этомъ нужно допустить, что въ очень многихъ случаяхъ піэлонефритъ и піэлонефрозъ развивались вслѣдствіе инфекціи при катетеризаціи, къ которой приходилось прибѣгать послѣ травмы. Что касается того, можетъ ли травма вызвать образованіе почечныхъ камней путемъ отложенія солей около кровяного сгустка, то на этотъ вопросъ въ настоящее время можно дать скорѣе отрицательный отвѣтъ. «Развитіе почечнаго новообразованія послѣ травмы— говоритъ Pietrzikowski—можетъ быть только тогда поставлено въ причинную связь съ несчастнымъ случаемъ, когда тотчасъ же послѣ травмы обнаруживаются несомнѣнные признаки поврежденія почекъ и когда развитіе опухоли происходитъ въ теченіе не особенно долгаго періода времени (не больше нѣсколькихъ лѣтъ) и связано съ моментомъ травмы непрерывнымъ рядомъ болѣзненныхъ явленій (напр. періодическими кровотеченіями изъ почекъ)».

Изъ заболѣваній половыхъ органовъ представляютъ интересъ двѣ болѣзни, часто приписываемыя травмѣ — ретрофлексія и выпаденіе матки. Что касается ретрофлексіи, то нельзя отрицать, что несчастный случай въ особенности въ формѣ чрезмѣрнаго напряженія можетъ вызвать ухудшеніе существующаго уже, но не дающаго болѣзненныхъ явленій перегиба матки (Schwarze); перегибъ же здоровой матки можетъ образоваться развѣ только при паденіи на ягодицы или на ноги съ значительной высоты (Thiem), при поднятіи большой тяжести или при ушибѣ нижней части живота (случаи Fritsch'a, Herff'a и др.). Относительно выпаденія влагалища и матки подъ вліяніемъ травмы имѣется обстоятельная работа Schwarze, который съ точки зрѣнія экспертизы строго различаетъ нерожавшихъ женщинъ отъ рожавшихъ; по его мнѣнію, только у первыхъ можно съ полной вѣроятностью допустить травматическое выпаденіе, если оно возникло внезапно послѣ установленнаго несчастнаго случая или чрезвычайнаго напряженія при работѣ. У женщинъ же, которыя уже рожали, требуется кромѣ установленія самаго факта несчастнаго случая еще наличность рѣзкаго и длительнаго пониженія работоспособности непосредственно послѣ несчастнаго случая; временныя и незначительныя разстрой-

ства указываютъ, по Schwarze, на то, что выпаденіе существовало уже раньше. У беременныхъ приходится отложить оцѣнку поврежденія до родовъ.

Приведу для иллюстрацін одну экспертизу, принадлежащую Zangenmeister'y (Кенигсбергъ).

Жена крестьянина Е. К. изъ S., 33 лѣтъ, была 6 авг. 1907 г. помѣщена для изслѣдованія и экспертизы въ гинекологическую клинику, гдѣ она оставалась до 13 авг.

Въ отношеніи Имперскаго страхового бюро отъ 3 янв. 1908 г. требовалось заключеніе по слѣдующимъ пунктамъ:

1. Относительно возникновенія и теченія выпаденія влагалища и матки вообще, и

2. Относительно возникновенія этого страданія у истицы въ частности.

По поводу 1 пункта. Согласно современному состоянію науки возникновеніе выпаденій матки и влагалища нужно объяснить слѣдующимъ образомъ. Прежде всего требуется извѣстное предрасположеніе, безъ котораго выпаденіе едва ли когда-либо развивается, развѣ только въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ. При нормальномъ состояніи органовъ и тканей живота даже сильное повышеніе внутрибрюшного давленія не можетъ вызвать выпаденія половыхъ органовъ. Этому противодѣйствуютъ на первомъ планѣ мускулатура и клѣтчатка тазового дна, служащія для опоры и защиты влагалища и матки. Кромѣ того существуютъ еще особыя такъ назыв. «связки», состоящія изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и соединительной ткани, которыя удерживаютъ матку и вмѣстѣ съ тѣмъ также влагалище съ боковъ и сверху. Извѣстную роль, какъ показываютъ наблюденія, играетъ также жировая ткань, находящаяся въ тазовой клѣтчаткѣ, вѣроятно, благодаря тому, что при болѣе обильномъ отложеніи жира соединительнотканные пучки все болѣе и болѣе раздвигаются, а можетъ быть отчасти и атрофируются; если затѣмъ вслѣдствіе исхуданія жиръ исчезаетъ, то въ соединительной ткани остаются щели, и крѣпость ея благодаря этому уменьшается. Второстепенную роль въ предрасположеніи къ выпаденію играютъ врожденная слабость упомянутыхъ поддерживающихъ аппаратовъ или дефекты ихъ. Выпаденіе влагалища и матки хотя и встрѣчается въ очень раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, но весьма рѣдко, въ громадномъ же большинствѣ случаевъ оно начинаетъ развиваться значительно позже въ связи съ опредѣленными процессами въ половыхъ органахъ.

Здѣсь мы подходимъ къ главнѣйшей причинѣ выпаденій, именно къ тѣмъ измѣненіямъ, которыя происходятъ въ полсвыхъ органахъ подъ вліяніемъ беременности, родовъ и послѣродового періода. Измѣненія эти различнаго характера. Во время беременности опорныя ткани становятся мягче и податливѣе, поддерживающіе аппараты и связки растягиваются, отчасти въ довольно значительной степени. Влагалище въ это время нерѣдко уже отчасти выпячивается наружу. Во время беременности происходитъ очень значительное растяженіе влагалища въ длину и въ ширину; ткани тазового дна не только подвергаются такому же растяженію, но нерѣдко и разрываются (въ особенности при родахъ). Если бы всѣ эти измѣненія не исчезали затѣмъ, то каждая рожавшая женщина страдала бы выпаденіемъ. Однако при надлежащемъ покоѣ и уходѣ въ теченіе послѣродового періода и нѣкоторое время послѣ него разрывы заживаютъ и поддерживающіе аппараты все болѣе и болѣе сокращаются. Тѣмъ не менѣе довольно часто происходитъ неполное заживленіе и неполная инволюція, что и создаетъ предрасположеніе къ выпаденію. Возможно, что извѣстную роль играетъ также перегибъ матки назадъ, развивающійся въ послѣродовомъ періодѣ.

Несмотря на то, что такое предрасположеніе существуетъ у многихъ женщинъ, оно не всегда ведетъ къ выпаденію, потому что большинство женщинъ избавлено послѣ родовъ въ теченіе извѣстнаго времени отъ вредныхъ моментовъ, а именно пользуется покоемъ, постельнымъ содержаніемъ, питаніемъ и затѣмъ воздерживается отъ физическаго напряженія, повышающаго внутрибрюшное давленіе. Отсюда ясно, что выпаденіе встрѣчается тѣмъ чаще, чѣмъ меньше экономическія условія позволяютъ женщинѣ послѣ родовъ воздерживаться отъ обычныхъ своихъ занятій и пользоваться необходимымъ уходомъ. Понятно также, что каждая новая беременность и каждые новые роды увеличиваютъ предрасположеніе къ выпаденію.

Такимъ образомъ подъ вліяніемъ указанныхъ моментовъ у многихъ женщинъ постепенно развивается выпаденіе, причемъ влагалище и матка опускаются все ниже и ниже и наконецъ начинаютъ выпячиваться черезъ половую

щель. Процессъ этотъ подъ вліяніемъ тяжелой физической работы значительно ускоряется, такъ что въ крайнихъ случаяхъ подъ вліяніемъ сильнаго напряженія выпаденіе можетъ даже появиться внезапно. Въ другихъ случаяхъ сильное тѣлесное напряженіе только даетъ толчокъ къ окончательному выпаденію матки или влагалища, опущеніе которыхъ началось уже раньше.

Такимъ образомъ нѣтъ никакого сомнѣнія, что несчастный случай можетъ вызвать выпаденіе и дѣйствительно нерѣдко вызываетъ его у женщинъ изъ рабочаго класса.

Что касается сравненія съ паховыми и бедренными грыжами, относительно котораго Имперское страховое бюро проситъ высказаться, то между выпаденіемъ и грыжей есть то общее, что тутъ и тамъ въ большинствѣ случаевъ, если не всегда, требуется извѣстное предрасположеніе къ болѣзни. Но при грыжахъ предрасположеніе это заключается во врожденномъ пониженіи сопротивляемости и встрѣчается у сравнительно незначительнаго числа людей, между тѣмъ предрасположеніе къ выпаденію имѣется у очень многихъ женщинъ и обусловливается естественной функціей женскаго организма—дѣторожденіемъ. Грыжа поражаетъ индивидуума уже больного, выпаденіе же развивается у индивидуума здороваго, но нуждающагося вслѣдствіе естественныхъ причинъ въ извѣстномъ покоѣ и уходѣ.

П о п о в о д у 2 п у н к т а. Что касается происхожденія болѣзни у истицы, то едва ли можно сомнѣваться, что работа, которую она производила 11 октября 1905 года, «значительно ускорила» развитіе у нея выпаденія.

Въ пользу этого говорятъ не только показанія свидѣтелей, удостовѣряющія, что истица была раньше совершенно здорова и работоспособна, но еще и тотъ съ несомнѣнностью установленный фактъ, что вплоть до несчастнаго случая истица работала, и притомъ совершала въ послѣднее время даже очень тяжелую работу. Если бы выпаденіе, установленное у нея послѣ несчастнаго случая, существовало уже раньше, то эта работа была бы ей не подъ силу.

Самъ несчастный случай—именно усиленное напряженіе при нагрузкѣ тяжелыхъ мѣшковъ съ картофелемъ—безусловно могъ, какъ это явствуетъ изъ 1-го пункта—оказать вредное вліяніе на половыя части и вызвать или ускорить развитіе выпаденія, въ особенности у женщины, у которой тазовые органы были сильно размягчены, разрыхлены вслѣдствіе бывшей въ то время беременности.

Разъ выпаденіе уже образовалось, то каждое новое физическое напряженіе, даже незначительное, вызываетъ еще большее опущеніе половыхъ органовъ и, слѣдовательно, еще большее усиленіе выпаденія. Отсюда ясно, что при этой болѣзни даже легкая работа должна вызывать разстройства. Я полагаю, что работоспособность истицы вслѣдствіе происшедшаго съ нею несчастнаго случая понижена на 60%, пока болѣзнь не будетъ устранена операціей. Послѣдняя можетъ въ значительной степени повысить работоспособность.

VIII Лекція.

Болѣзни, которыя могутъ возникнуть на почвѣ травмы.— Грыжи. Новообразованія.— Ухудшеніе подъ вліяніемъ несчастнаго случая существовавшихъ раньше болѣзней.

Прошлую лекцію мы закончили вопросомъ о связи между несчастнымъ случаемъ, въ особенности въ формѣ непривычнаго физическаго напряженія, и выпаденіемъ матки; теперь мы перейдемъ къ другому аналогичному вопросу — вопросу о травматической этіологіи грыжъ, составляющему одну изъ самыхъ трудныхъ главъ травматологіи.

Большое распространеніе грыжъ, въ особенности паховыхъ, среди рабочаго класса, гдѣ повседневный тяжелый трудъ связанъ съ очень частымъ напряженіемъ брюшного пресса, отсутствіе указаній на грыжу при поступленіи рабочихъ на службу, наконецъ, то обстоятельство, что при появленіи грыжи послѣ поднятія тяжести или послѣ паденія съ тяжелой ношей, рабочіе всегда приписываютъ грыжу именно несчастному случаю, причемъ въ виду недостатка самонаблюденія у рабочихъ легко допустить здѣсь искренній самообманъ,—все это ведетъ къ тому, что число экспертизъ по вопросу о грыжахъ чрезвычайно велико. Эти экспертизы въ первые годы примѣненія законодательства о страхованіи отличались излишней снисходительностью, въ послѣднее же время стали, наоборотъ, слишкомъ строги. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что предрасположеніе къ образованію грыжи понижаетъ работоспособность рабочаго, хотя бы онъ и носилъ хорошій бандажъ. Въ виду того, что какъ мы уже сказали, врачебное изслѣдованіе рабочихъ до поступленія на фабрику въ большинствѣ случаевъ не производится, хотя такое изслѣдованіе могло бы имѣть громадное значеніе для выбора занятій, экспертъ всегда стоитъ передъ фактомъ внезапнаго появленія грыжи, относимаго больнымъ на счетъ несчастнаго случая; между тѣмъ, согласно современнымъ воззрѣніямъ на происхожденіе грыжи (Waldeyer, v. Bergmann, H. Engel), предрасположеніе къ грыжѣ не можетъ появиться подъ вліяніемъ травмы.

Трудности, связанныя съ экспертизой грыжъ, побудили Имперское страховое бюро и многія промысловыя товарищества выработать особые опросные листки, которые должны дать точную картину полученныхъ при изслѣдованіи результатовъ. Я приведу одинъ изъ такихъ листковъ, введенный Нижне-Австрійскимъ страховымъ учрежденіемъ.

I. Показанія изслѣдуемаго. Когда было произведено первое врачебное изслѣдованіе грыжи? Дѣлалъ ли больной уже раньше попытки вправить грыжу? Удавалось ли это? Не вправлялась ли грыжа въ лежачемъ положеніи сама собой? Долго ли держались боли послѣ выхожденія грыжи? Какой характеръ носили эти боли? Перенесъ ли больной раньше какія-либо серьезныя болѣзни? Не было ли съ нимъ уже какихъ-либо несчастныхъ случаевъ? (Не было ли беременности)? Когда было произведено послѣднее врачебное изслѣдованіе до выхожденія грыжи? Кѣмъ оно было произведено? По какому поводу?

Существуютъ ли въ настоящее время какія-либо разстройства мочеиспусканія и стула? Какія именно? Не было ли грыжи въ дѣтствѣ или въ старшемъ возрастѣ? Если была, то какого рода и какъ долго? Не было ли грыжи у родителей, у братьевъ и сестеръ? Какая грыжа?—II. Объективныя данныя. Тѣлосложеніе (крѣпкое, среднее, слабое)? Состояніе питанія? Носитъ ли бандажъ? Правильно ли приложенъ бандажъ и хорошо ли онъ удерживаетъ грыжу? Имѣются ли у изслѣдуемаго несомнѣнные признаки грыжи? Родъ грыжи? Ея размѣры? Гдѣ находится грыжа—въ паховомъ каналѣ, передъ наружнымъ паховымъ кольцомъ или опускается въ мошонку? Существуютъ ли боли? Какого характера? Гдѣ? Вправима-ли грыжа? Вправляется ли она самопроизвольно при лежаніи? Легко или трудно вправляется при давленіи? Выходитъ ли она обратно сама? Или только послѣ напряженія? Если грыжа невправима, то нельзя ли указать особой причины невправимости? Насколько широки грыжевое отверстіе и грыжевой каналъ? Имѣетъ ли паховой каналъ нормальное направленіе? Или онъ ненормально коротокъ и широкъ? Измѣненъ ли паховой каналъ съ другой стороны? Нѣтъ ли грыжи и съ другой стороны? Характеръ ея? Какова ширина наружнаго грыжевого кольца? Грыжевого канала? Имѣется ли слабость передней стѣнки пахового канала, утончена ли она, легко ли она вдавливается? Нѣтъ ли какихъ-либо измѣненій въ другихъ мѣстахъ, гдѣ могутъ быть грыжи (бедренный каналъ, пупокъ, linea alba); нѣтъ ли тамъ грыжи? Нѣтъ ли рубцовъ на стѣнкѣ живота? Ихъ происхожденіе? Какія еще измѣненія имѣются на животѣ? Нѣтъ ли еще другихъ болѣзней?

Само собою разумѣется, что далеко не всегда мы можемъ дать точный отвѣтъ на всѣ перечисленные здѣсь вопросы. Поскольку можно установить общіе законы экспертизы грыжъ —законы, которые имѣли бы силу при всемъ громадномъ разнообразіи отдѣльныхъ случаевъ, то эти законы сводятся къ слѣдующимъ положеніямъ, основаннымъ на многолѣтней практикѣ, многочисленныхъ литературныхъ работахъ выдающихся экспертовъ и рѣшеніяхъ страховыхъ учрежденій.

1. Предрасположеніе къ грыжѣ не даетъ права на вознагражденіе; право это получается лишь при «выхожденіи грыжи наружу», при полномъ развитіи грыжи.
2. Связь между несчастнымъ случаемъ и выхожденіемъ грыжи устанавливается на основаніи слѣдующихъ моментовъ; a) установленіе факта несчастнаго случая въ смыслѣ закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ; b) выхожденіе грыжи непосредственно послѣ тяжелаго физическаго напряженія, выходящаго изъ рамокъ обычной профессіональной работы; c) опредѣленное поведеніе пострадавшаго тотчасъ послѣ несчастнаго случая: жалобы на боли, сообщеніе о несчастіи товарищамъ по работѣ, немедленное прекращеніе работы (иногда пострадавшій показываетъ кому-либо грыжу или тотчасъ же обращается къ медицинской помощи (Pietrzikovski).
3. Данныя, констатированныя при первомъ изслѣдованіи врачемъ, должны говорить за внезапное и недавнее появленіе грыжи и во всякомъ случаѣ не должны говорить противъ этого.

Въ связи съ этимъ приведу одно заключеніе богемскаго страхового общества.

Согласно жалобѣ несовершеннолѣтняго истца J. В., онъ 12 мая 1891 года при переноскѣ каменной плиты по лѣстницѣ на кладбище получилъ паховую грыжу съ правой стороны. Страховое учрежденіе не признало за J. В. права на вознагражденіе, считая недоказаннымъ, что J. В. получилъ грыжу вслѣдствіе несчастнаго случая; по мнѣнію страхового учрежденія, въ данномъ случаѣ гораздо болѣе вѣроятно, что у J. В. существовало индивидуальное предрасположеніе къ грыжѣ и что послѣдняя развилась постепенно.

Однако третейскій судъ, на основаніи имѣющагося матеріала, пришелъ къ убѣжденію, что въ дѣйствительности имѣлъ мѣсто несчастный случай. Правда, по показаніямъ свидѣтеля A. St., истецъ во время перенесенія плиты не получилъ никакого повреждения, но тотъ же свидѣтель подтверждаетъ, что онъ дѣйствительно велѣлъ J. B. перенести плиту и что онъ на другой день узналъ въ мастерской, что J. B. при перенесеніи этой плиты получилъ грыжу.

Другой свидѣтель J. O., переносившій вмѣстѣ съ истцомъ плиту, опредѣленно утверждаетъ, что на лѣстницѣ B. выпустилъ изъ рукъ плиту и сказалъ, что у него заболѣло въ области половыхъ органовъ. Тотъ же свидѣтель сообщаетъ далѣе, что B. на слѣдующій день не могъ работать и жаловался на боли и что товарищи, осмотрѣвъ его, нашли у него паховую грыжу; наканунѣ же, по словамъ того же свидѣтеля, ѣхавшаго вмѣстѣ съ B. въ сосѣдній городъ, B ни на что не жаловался.

Свидѣтель F. H., мастеръ, показываетъ, что 12 мая 1891 г. онъ послалъ въ городъ на постройку памятника двухъ рабочихъ и двухъ учениковъ, въ томъ числѣ и истца, съ ручной тележкой, нагруженной четырьмя плитами. Въ тотъ же день рабочіе сообщили ему, что B. не можетъ идти; онъ тотчасъ же позвалъ къ себѣ мальчика, и тотъ сказалъ ему, что, когда онъ несъ плиту по лѣстницѣ, онъ почувствовалъ колотье. Далѣе свидѣтель показываетъ, что раньше мальчикъ былъ совершенно здоровъ и получилъ грыжу именно на лѣстницѣ.

Врачебнымъ свидѣтельствомъ отъ 12 декабря 1891 г. удостовѣрено, что истецъ 12 мая 1891 г. былъ изслѣдованъ амбулаторно въ хирургической клиникѣ, причемъ была констатирована свѣжая, только еще образующаяся правосторонняя паховая грыжа, возникшая, очевидно, только въ послѣдніе дни. Все вышеизложенное съ несомнѣнностью доказываетъ, что истецъ пріобрѣлъ паховую грыжу во время работы и именно такъ, какъ онъ это показалъ 29 октября 1891 г. Утвержденіе, что грыжа развилась у B. постепенно на почвѣ личнаго предрасположенія, не соотвѣтствуетъ даннымъ дознанія. Здѣсь несомнѣнно имѣется профессіональный несчастный случай, дающій истцу право на вознагражденіе по закону о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ.

Имперское страховое бюро въ Германіи также высказалось въ томъ смыслѣ, что даже при наличности рѣзко выраженнаго предрасположенія къ грыжѣ, моментъ выхожденія ея долженъ быть приравненъ къ несчастному случаю, если только можно предположить, что выхожденіе это противъ обыкновенія произошло внезапно, насильственно подъ вліяніемъ профессіональнаго несчастнаго случая опредѣленнаго характера.

Согласно рѣшеніямъ Имперскаго страхового бюро и третейскихъ судовъ, самъ пострадавшій долженъ доказать, что имѣющаяся у него грыжа дѣйствительно произошла травматическимъ путемъ послѣ имѣвшаго мѣсто несчастнаго случая.

Первый врачъ, къ которому обращается пострадавшій, долженъ по характеру грыжи опредѣлить, не существовала ли она до несчастнаго случая (Thiem). Нѣтъ надобности подчеркивать, насколько заключеніе перваго врача важно для позднѣйшей экспертизы даннаго случая, который эксперту обыкновенно приходится изслѣдовать спустя много мѣсяцевъ послѣ несчастнаго случая. Признаки старой грыжи въ общемъ таковы: значительный объемъ грыжи, утолщеніе стѣнокъ грыжевого мѣшка, большое, широкое грыжевое отверстіе съ закругленными краями. Признаки недавней грыжи: узкое грыжевое отверстіе, острые края, чувствительность къ давленію. Наличность двусторонней грыжи не говоритъ противъ травматическаго происхожденія ея (Thiem). Конечно, далеко не всегда можно съ точностью установить давность грыжи. Въ такихъ случаяхъ, какъ мы это уже говорили, врачъ долженъ прямо заявить о невозможности рѣшенія вопроса, предоставивъ судьѣ рѣшать вопросъ на основаніи другихъ, упомянутыхъ выше, данныхъ.

Сказанное, само собою разумѣется, относится не только къ наи-

болѣе частому типу травматическихъ грыжъ, къ паховымъ грыжамъ, но и къ рѣже встрѣчающимся пупочнымъ и бедреннымъ грыжамъ. Особаго упоминанія заслуживаютъ грыжи бѣлой линіи живота, изъ которыхъ самой частой формой является hernia epigastrica, впервые описанная Vidal'емъ. Нѣкоторые авторы отрицаютъ возможность травматическаго происхожденія этихъ маленькихъ грыжъ, которыя, кстати сказать, часто остаются незамѣченными. Но Witzel и др. не только опровергаютъ такой взглядъ, но утверждаютъ, что чуть ли не 50% всѣхъ надчревныхъ грыжъ происходятъ подъ вліяніемъ травмы—толчка или удара. «Въ соединительнотканномъ слоѣ, соединяющемъ обѣ прямыя мышцы живота и имѣющемъ у нѣкоторыхъ лицъ значительную ширину, апоневрозъ внутреннихъ косыхъ мышцъ образуетъ щели; въ этихъ щеляхъ развиваются надчревныя грыжи либо постепенно вслѣдствіе выхожденія жировой клѣтчатки, либо внезапно подъ вліяніемъ толчка или удара». Къ мнѣнію Witzel'я присоединяется также Brandenberg и Lennhoff. Thiem придерживается мнѣнія, что и здѣсь требуется предрасположеніе къ грыжѣ или существованіе маленькой грыжи уже до травмы, и что травма, какъ и при другихъ грыжахъ, лишь выпячиваетъ воронкообразный грыжевой мѣшокъ, существовавшій уже раньше. Если послѣ травмы оказывается болѣе или менѣе значительная надчревная грыжа, наличность которой раньше не была установлена, то это говоритъ за травматическую этіологію.

Къ этому взгляду примыкаетъ рѣшеніе Имперскаго страхового бюро отъ 1907 г. Приведу это рѣшеніе въ сокращенной передачѣ E. Franck'a.

Слѣдуетъ считать доказаннымъ, что 21 февр. 1906 г., когда истецъ былъ занятъ выбиваніемъ винта, онъ нечаянно съ силой ударилъ себя молоткомъ въ грудь. Хотя послѣ этого истецъ работалъ цѣлыхъ четыре дня и обратился за врачебной помощью только на пятый день, нужно считать, что имѣющееся у него въ настоящее время пониженіе работоспособности находится въ причинной зависимости отъ этого удара, какъ это утверждаютъ въ своихъ заключеніяхъ врачи, и въ особенности д-ръ Н. По согласному мнѣнію экспертовъ д-ра L. и д-ра Н., вполнѣ вѣроятно, что грыжа живота возникла у истца вслѣдствіе того, что ударъ произвелъ разрывъ бѣлой линіи. Черезъ этотъ разрывъ проникла затѣмъ жировая ткань, которая увлекла за собой брюшину и вызвала явленія ущемленія. Если даже предположить, что истецъ имѣлъ уже грыжу до несчастнаго случая, то все-таки на основаніи научныхъ соображеній д-ра Н. нужно признать, что только послѣ несчастнаго случая грыжа стала болѣзненной и обусловила имѣющееся теперь пониженіе работоспособности. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ имѣется ухудшеніе прежней болѣзни, находящееся въ причинной зависимости отъ несчастнаго случая и потому подлежащее вознагражденію.

Приведемъ еще интересную экспертизу Rinne, который высказываетъ противоположное мнѣніе.

По дѣлу о вознагражденіи за несчастный случай, возникшему между чернорабочимъ J. S. въ W. и промысловымъ товариществомъ, Имперское страховое бюро предлагаетъ эксперту высказаться:

1. О физіологическихъ условіяхъ происхожденія грыжъ живота вообще (причемъ предлагается обратить вниманіе на вопросъ, возникаютъ ли онѣ постепенно или внезапно).
2. О томъ, можно ли въ случаѣ S. предположить, что грыжа возникла внезапно подъ вліяніемъ однократнаго подниманія большой тяжести.

По поводу 1-го пункта. Въ противоположность тѣмъ грыжамъ, которыя выступаютъ черезъ естественные анатомическіе отверстія и каналы, какъ паховой и бедренный каналы, пупочное кольцо и т. д., и которые получаютъ названіе по тѣмъ отверстіямъ, черезъ которыя онѣ выходятъ, существуютъ еще другія выпячиванія брюшныхъ внутренностей, которыя носятъ названіе «грыжъ живота» и могутъ образоваться въ такомъ мѣстѣ брюшной стѣнки,

гдѣ нормально нѣтъ никакихъ анатомическихъ отверстій и гдѣ ихъ также не было въ эмбріональномъ періодѣ. Если, напр., человѣкъ получаетъ колотую рану въ животъ, то мышечныя волокна обыкновенно расходятся и образуется дыра въ брюшной стѣнкѣ. Если эту дыру не закрыть искусственно, то она при заживленіи закрывается растяжимымъ, податливымъ рубцомъ, и внутренности, не встрѣчая здѣсь препятствія, выпячиваются впередъ; такимъ образомъ у больного образуется «грыжа брюшной стѣнки». Кромѣ проникающихъ ранъ брюшной стѣнки, въ рѣдкихъ случаяхъ разрывъ соединительнотканныхъ и мышечныхъ слоевъ брюшной стѣнки можетъ произойти и отъ сильной травмы, какъ толчокъ, ударъ (ударъ копытомъ), паденіе вообще, попаданіе подъ колеса экипажа, сотрясеніе; въ такихъ случаяхъ грыжа живота возникаетъ внезапно, непосредственно вслѣдъ за травмой.

Въ большинствѣ же случаевъ грыжи брюшной стѣнки возникаютъ подъ вліяніемъ медленно и постепенно дѣйствующихъ причинъ. Сюда относится, напр., беременность, которая вызываетъ сильное растяженіе живота и расхожденіе прямыхъ мышцъ живота по средней линіи, гдѣ имѣется твердая, плотная. сухожильная прослойка (бѣлая линія), причемъ эта прослойка подвергается растяженію и становится податливой. Такимъ образомъ очень часто возникаютъ грыжи бѣлой линіи живота. Такъ же возникаютъ грыжи на мѣстѣ рубцовъ послѣ операцій.

Слѣдующую категорію грыжъ брюшной стѣнки составляютъ грыжи, образующіяся у лицъ, которыя раньше были тучными и затѣмъ вслѣдствіе возраста, болѣзней или другихъ причинъ похудѣли. При исчезновеніи жира могутъ въ брюшной стѣнкѣ остаться щели и дефекты, черезъ которые затѣмъ выпячиваются внутренности—обыкновенно сальникъ.

Очень важный способъ возникновенія грыжъ брюшной стѣнки—слѣдующій: брюшина, выстилающая полость живота, прикрѣплена своей наружной поверхностью къ брюшной стѣнкѣ слоемъ жира. Этотъ жиръ иногда проростаетъ въ щели и промежутки соединительнотканнаго и мышечнаго слоя брюшной стѣнки, напр., тамъ, гдѣ выходятъ кровеносные сосуды; при этомъ жиръ увлекаетъ за собою и брюшину, образующую такимъ образомъ воронкообразное выпячиваніе на мѣстѣ такой щели. Внутренности, оказывающія постоянное давленіе на это воронкообразное выпячиваніе, постепенно расширяютъ и углубляютъ его; такимъ образомъ образуется постепенно грыжевой мѣшокъ; теперь достаточно чтобы сюда проскользнулъ кусочекъ сальника для того, чтобы мы имѣли уже передъ собой грыжу брюшной стѣнки. Такія грыжи обыкновенно очень малы, и часто ихъ вовсе не находятъ или просматриваютъ при изслѣдованіи. Наичаще онѣ расположены на бѣлой линіи живота выше пупка. Часто онѣ причиняютъ мало разстройствъ, и обладатель такой грыжи можетъ многіе годы не знать объ ея существованіи. При сильномъ кашлѣ или чиханіи, при натуживаніи во время испражненія, при подниманіи тяжести происходитъ иногда сильное сотрясеніе грыжи, въ нее проталкивается больше внутренностей, или растягивается кусокъ приросшаго сальника,—и паціентъ начинаетъ чувствовать боль и обращаетъ впервые вниманіе на свою грыжу. При этомъ онъ обыкновенно полагаетъ, что кашель, подниманіе тяжести и пр. и является причиной грыжи, между тѣмъ какъ въ дѣйствительности это только поводъ для нахожденія уже давно существующей грыжи.

Грыжи, возникающія внезапно вслѣдствіе травмы, вызываютъ обыкновенно сильныя боли, иногда рвоту и обморокъ, тѣ же, которыя развиваются постепенно, не вызываютъ сильныхъ болей, такъ что больные могутъ продолжать свои обычныя занятія, чувствуя, однако, при этомъ постоянное недомоганіе (боли въ животѣ, въ желудкѣ, непріятную отрыжку и пр.).

По поводу 2 пункта. Данныя, относящіяся къ случаю S., сводятся къ слѣдующему:

15 авг. 1893 г. S. переносилъ тяжелыя доски. По его разсказу, когда онъ переносилъ 20-ю доску, которая была особенно тяжела, онъ вдругъ почувствовалъ боль въ области желудка. Въ этотъ моментъ, по его мнѣнію, у него образовалась грыжа. Остатокъ дня онъ продолжалъ носить доски, а съ слѣдующаго дня въ теченіе 7 недѣль производилъ болѣе легкую работу.

Эти данныя положительнымъ образомъ говорятъ противъ травматическаго происхожденія грыжи. Переноска досокъ не можетъ дать такого повреждения, которое вызвало бы разрывъ брюшной стѣнки; затѣмъ я считаю невозможнымъ, чтобы S. могъ продолжать свою работу, если бы грыжа возникла у него внезапно. Согласно современнымъ даннымъ хирургіи и на основаніи собственнаго опыта я присоединяюсь къ экспертизѣ д-ра Е. и долженъ высказаться въ томъ смыслѣ, что

«у S. имѣется маленькая грыжа сальника въ области бѣлой линіи, существовавшая у него задолго до переноски досокъ; работа эта вызвала раздраженіе грыжи или нѣсколько увеличила ея содержимое, вслѣдствіе чего она стала болѣзненной и обратила на себя вниманіе паціента. Такъ же, какъ отъ переноски досокъ, грыжа могла сдѣлаться чувствительной отъ кашля и пр.»

Противоположное заключеніе экспертовъ д-ра А. и д-ра G. я вмѣстѣ съ д-ромъ Е. не могу признать научно обоснованнымъ.

Въ заключеніе резюмирую вкратцѣ свое заключеніе по обоимъ пунктамъ:

1) грыжи брюшной стѣнки обыкновенно возникаютъ постепенно;

2) у S. грыжа также возникла постепенно, и однократное подниманіе большой тяжести не играло здѣсь этіологической роли.

Теперь я перейду къ вопросу, относительно котораго въ настоящее время уже не существуетъ споровъ. Если бы 20 лѣтъ тому назадъ кто-нибудь на экзаменѣ сталъ говорить о травматическомъ происхожденіи новообразованій, то къ нему отнеслись бы очень сурово. Но травматологія заставила коренннымъ образомъ измѣнить взгляды на этотъ вопросъ. Въ настоящее время, благодаря фундаментальной работѣ Ribbert'a [1]), мы знаемъ, что ученіе Cohnheim'a, по которому новообразованія происходятъ вслѣдствіе разростанія отщепленныхъ эмбріональныхъ зачатковъ, которые долгое время остаются скрытыми, а затѣмъ внезапно начинаютъ рости, — что эта теорія можетъ объяснить только происхожденіе небольшой части новообразованій; по Ribbert'y новообразованія могутъ возникать изъ клѣтокъ, отдѣлившихся уже во внѣутробной жизни, а причиной такого отторженія клѣтокъ можетъ прямо или косвенно быть травма. Но кромѣ того травма можетъ дать толчокъ и къ развитію эмбріональныхъ зачатковъ, которые безъ того, можетъ быть, оставались бы въ скрытомъ состояніи до самой смерти индивидуума. Съ одной стороны, слѣдовательно, подъ вліяніемъ травмы можетъ развиться опухоль въ совершенно здоровомъ организмѣ (для отдѣльныхъ доброкачественныхъ опухолей это доказано опытами на животныхъ), причемъ травма либо непосредственно даетъ толчокъ къ развитію отторженныхъ клѣтокъ, либо вызываетъ этотъ процессъ косвенно, благодаря воспаленію и пролифераціи соединительной ткани, ведущимъ за собой отдѣленіе эпителія; съ другой стороны, уже существующая, но не вызывающая никакихъ клиническихъ симптомовъ опухоль можетъ подъ вліяніемъ травмы начать усиленно разростаться

Что касается частоты отдѣльныхъ видовъ травматическихъ опухолей, то, согласно травматологической литературѣ, первое мѣсто занимаетъ ракъ желудка и саркома кости; ракъ желудка, вѣроятно, въ большинствѣ случаевъ развивается изъ рубца послѣ язвы, саркома же кости очень рѣдко возникаетъ изъ костной мозоли; гораздо чаще бываетъ наоборотъ — именно, что опухоль является причиной перелома узурированной кости (Sudeck). Ракъ возникаетъ довольно часто и вслѣдствіе длительнаго раздраженія ткани и является такимъ образомъ нерѣдко профессіональной болѣзнью (ракъ у трубочистовъ, у рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ параффиномъ, ракъ на почвѣ рубцовъ). Травматическое происхожденіе рака грудной железы у женщинъ общеизвѣстно. Сравнительно рѣдко встрѣчаются травматическія саркомы мягкихъ частей, энхондромы и остеомы.

Въ отношеніи экспертизы важна локализація травмы, время,

[1]) Aerztl. Sachverst.-Ztg., 1898, №№ 19 и 20.

протекшее между поврежденіемъ и появленіемъ опухоли (Thiem считаетъ для саркомы минимальнымъ срокомъ 3 недѣли, для рака отъ 6 недѣль до 2 лѣтъ, Jordan еще болѣе), и установленіе того факта, что до травмы опухоли не было. Ribbert рекомендуетъ эксперту не заходить слишкомъ далеко съ діагностикой травматическихъ опухолей. «Помимо другихъ анамнестическихъ данныхъ необходимо обращать вниманіе на хронологическую, въ особенности же на топическую связь между опухолью и травмой. Промежутокъ въ нѣсколько лѣтъ, протекшій между травмой и развитіемъ опухоли, всегда возбуждаетъ сомнѣнія. Правда, мы не имѣемъ точки опоры, чтобы судить, какъ долго послѣ травмы можетъ еще развиться опухоль. Больше опредѣленности существуетъ въ вопросѣ о связи между мѣстомъ опухоли и травмы. Новообразованіе является всегда мѣстнымъ заболѣваніемъ. Если даже придерживаться мнѣнія, что существуетъ общее или мѣстное предрасположеніе къ опухолямъ, то все-таки необходимо требовать, чтобы самое мѣсто развитія опухоли прямо или косвенно подверглось травмѣ».

Эти условія приняты во вниманіе въ слѣдующемъ рѣшеніи третейскаго суда Нижне-Австрійскаго страхового учрежденія:

Согласно показанію страхового учрежденія нужно считать доказаннымъ, что истецъ J. P., служившій кучеромъ у картонажнаго фабриканта J. H. въ Вѣнѣ, на Рождествѣ 1890 года спрыгнулъ съ воза и почувствовалъ при этомъ въ лѣвой стопѣ боль, на которую онъ впрочемъ не обратилъ вниманія. Далѣе установленъ фактъ, что у J. P. развилась злокачественная опухоль на лѣвой стопѣ, вслѣдствіе чего стопа была ампутирована. Развитіе саркомы на лѣвой подошвѣ, а слѣдовательно и ампутацію, истецъ ставитъ въ связь съ ушибомъ при соскакиваніи съ воза и требуетъ признанія за нимъ права на ренту, какъ вознагражденія за послѣдствіе несчастнаго случая. Страховое учрежденіе, напротивъ, доказываетъ, что ампутація не является слѣдствіемъ несчастнаго случая, и ссылается при этомъ на свидѣтельство, выданное изъ больницы эрцгерцогини Софіи въ Вѣнѣ, изъ котораго видно, что при поступленіи J. P. въ больницу у него не было никакого поврежденія на стопѣ, и что хотя такого рода новообразованія вообще могутъ возникать подъ вліяніемъ травмъ, тѣмъ не менѣе въ данномъ случаѣ нѣтъ никакихъ доказательствъ въ пользу непосредственной связи между поврежденіемъ стопы и развитіемъ опухоли.

Третейскому суду предстоитъ поэтому прежде всего рѣшить, является ли ампутація стопы слѣдствіемъ поврежденія, вызваннаго ушибомъ при соскакиваніи съ воза. Въ этомъ отношеніи дознаніе выяснило слѣдующее. Экспертъ, избранный самимъ пострадавшимъ, высказался въ томъ смыслѣ, что для возникновенія саркомы необходимо, чтобы въ организмѣ существовалъ уже зачатокъ, и что этотъ зачатокъ ведетъ къ развитію саркомы только тогда, когда присоединяется какой-либо внѣшній толчокъ. Такимъ толчкомъ, по мнѣнію этого эксперта, является чаще всего травма; въ данномъ случаѣ зависимость между поврежденіемъ стопы отъ ушиба и возникновеніемъ саркомы представляется несомнѣнной, особенно въ виду того, что иначе, какъ внѣшнимъ воздѣйствіемъ, нельзя объяснить такое внезапное появленіе злокачественнаго новообразованія. Экспертъ страхового учрежденія, напротивъ, полагаетъ, что въ данномъ случаѣ нельзя доказать причинной зависимости между опухолью и травмой и что вообще какъ ракъ, такъ и саркома возникаютъ не отъ травмы, а отъ инфекціи; при этомъ онъ, однако, допускаетъ, что при наличности предрасположенія и травма можетъ сыграть роль способствующей причины для развитія новообразованія.

Если присоединить еще сюда показанія свидѣтелей C. F. и д-ра P. F., которые изслѣдовали истца до его помѣщенія въ больницу и нашли у него на подошвѣ язву, которую они приписали воспаленію, вызванному ударомъ или прыжкомъ, то можно считать доказаннымъ, что прыжокъ, на который жалуется потерпѣвшій и который не отрицается и страховымъ учрежденіемъ, далъ внѣшній толчокъ къ развитію саркомы. Упомянутое выше больничное свидѣтельство не даетъ никакихъ данныхъ въ пользу страхового учрежденія, такъ какъ въ немъ сказано лишь, что нельзя доказать непосредственную связь между поврежденіемъ стопы и развитіемъ опухоли, изъ чего, однако,

не слѣдуетъ, что такой связи нѣтъ въ данномъ случаѣ, тѣмъ болѣе, что то же свидѣтельство признаетъ возможность травматическаго происхожденія подобныхъ опухолей. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ имѣется «происшествіе», случившееся во время работы, и какъ показываетъ дознаніе, поведшее за собой развитіе на лѣвой стопѣ опухоли, которая потребовала ампутаціи стопы. «Происшествіе» это является, слѣдовательно, профессіональнымъ несчастнымъ случаемъ, за который отвѣтственно страховое учрежденіе. То обстоятельство, что у истца существовало извѣстное индивидуальное предрасположеніе къ развитію опухоли, нисколько не уменьшаетъ отвѣтственности страхового учрежденія, такъ какъ установлено, что именно благодаря несчастному случаю опухоль начала развиваться и, такъ какъ страховое учрежденіе отвѣтственно за всѣ послѣдствія несчастныхъ случаевъ, хотя бы эти послѣдствія и зависѣли отъ индивидуальныхъ особенностей пострадавшаго, за исключеніемъ только случаевъ умышленныхъ поврежденій

Въ слѣдующей экспертизѣ гейдельбергскаго хирурга Czerny признается связь между травмой и опухолью, хотя a priori эта связь кажется менѣе вѣроятной, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ.

На основаніи документовъ нужно считать доказаннымъ, что Н., бывшій раньше совершенно здоровымъ, 1-го іюля 1897 г. сильно ударился бокомъ о телѣгу, причемъ почувствовалъ боль въ нижней части живота справа; несмотря на это, онъ до 26-го іюля продолжалъ исполнять тяжелую работу, но еще 4-го іюля онъ обращался за совѣтомъ къ д-ру В. Послѣдній нашелъ въ нижней части живота справа мышечную грыжу величиной съ голубиное яйцо, которая затѣмъ подъ вліяніемъ компрессовъ исчезла. Въ срединѣ августа д-ръ Sch., къ которому перешло леченіе Н. послѣ д-ра В., нашелъ по серединѣ правой Пупартовой связки опухоль величиною съ небольшой кулакъ, неподвижно прикрѣпленную въ глубинѣ таза. Опухоль эта, принятая д-ромъ Sch. за карциному, продолжала рости, дала метастазы въ печени, вызвала рѣзкій упадокъ силъ и въ концѣ-концовъ привела къ летальному исходу 16-го апрѣля 1898 г. На вскрытіи оказалось, что на ладонь выше опухоли имѣлось плотное срощеніе слѣпой кишки съ брюшной стѣнкой (какъ-разъ тамъ, гдѣ раньше д-ръ В. нашелъ мышечную грыжу). Такъ какъ грыжа исчезла подъ вліяніемъ компрессовъ, то нужно предположить, что это было кровоизліяніе на мѣстѣ разрыва мышцъ.

Такимъ образомъ мнѣніе эксперта, д-ра В., что «срощеніе слѣпой кишки съ брюшной стѣнкой зависѣло отъ травмы, которую пострадавшій получилъ 1-го іюля 1897 г.», можно считать вполнѣ обоснованнымъ.

Гораздо труднѣе отвѣтить на вопросъ о происхожденіи и объ отношеніи къ травмѣ злокачественной опухоли (какъ оказалось на вскрытіи—саркомы), которая собственно и была непосредственной причиной смерти. Врачи-эксперты дали на этотъ вопросъ различные отвѣты. Д-ръ В., лечившій больного съ самаго начала, первоначально сомнѣвался въ связи между новообразованіемъ и травмой, но потомъ, повидимому, сталъ считать такую связь вѣроятной. Только черезъ нѣкоторое время послѣ 26-го іюля онъ установилъ наличность въ глубинѣ таза опухоли, которой онъ раньше не замѣчалъ. Д-ръ Sch., лечившій Н. съ середины августа до середины сентября, высказался въ своей экспертизѣ отъ 31-го іюля 1898 г. въ томъ смыслѣ, что опухоль во всякомъ случаѣ существовала уже задолго до того и что развитіе опухоли послѣ поврежденія живота представляетъ простое случайное совпаденіе. Д-ръ S., который, повидимому, лечилъ пострадавшаго съ середины сентября до самой смерти и затѣмъ производилъ вскрытіе, напротивъ, не допускаетъ, чтобы опухоль уже существовала во время несчастнаго случая, и полагаетъ, что то обстоятельство, что Н. работалъ въ теченіе 3 недѣль послѣ несчастнаго случая, способствовало развитію злокачественнаго зачатка, существовавшаго, можетъ быть, раньше; но возможно, что несчастный случай и тяжелая работа, которую Н. производилъ послѣ него, явились причиной, непосредственно вызвавшей болѣзнь.

Д-ръ В. полагаетъ, что саркома, по всей вѣроятности, существовала уже раньше; правда, при этомъ онъ сообщаетъ, что онъ самъ видѣлъ нѣсколько случаевъ, гдѣ внѣшнія механическія воздѣйствія вызвали развитіе злокачественныхъ новообразованій. Но въ данномъ случаѣ онъ этого не допускаетъ потому, что точка приложенія внѣшней силы не совпадала съ мѣстомъ развитія опухоли, именно находилась на ладонь выше послѣдней и вызвала тамъ образованіе мышечной грыжи. Но я еще разъ напомню сообщеніе д-ра В. отъ 31-го октября 1897 г., изъ котораго видно, что Н. былъ раньше на видъ совер-

шенно здоровымъ и крѣпкимъ человѣкомъ, что вначалѣ д-ръ В. не нашелъ никакихъ признаковъ, которые указывали бы на развитіе въ тазу опухоли, и что таковая была имъ открыта только послѣ 26-го іюля, когда она начала быстро рости, и когда одновременно появились иррадіирующія боли, застойныя явленія въ правой ногѣ и кахексія (исхуданіе, мертвенная блѣдность). Такимъ образомъ здѣсь дѣло шло о быстро ростущей, злокачественной опухоли; предположить, что она существовала уже во время несчастнаго случая, нѣтъ никакихъ основаній; напротивъ, въ теченіе 5—6 недѣль послѣ несчастнаго случая она легко могла развиться и сдѣлаться замѣтной. Совершенно правильно отмѣчаетъ экспертъ, что объ истинной причинѣ развитія злокачественныхъ опухолей мы не знаемъ ничего достовѣрнаго; но неоднократно установлено, что мѣстныя травмы очень часто даютъ толчокъ къ развитію опухолей, и въ особенности сарковъ (а у Н. именно и наблюдался этотъ видъ новообразованія). И хотя одной травмы тоже недостаточно для развитія опухоли, однако, насколько мнѣ извѣстно, Имперское страховое бюро признаетъ причинную зависимость между опухолью и травмой, разъ доказано, что развитіе опухоли по времени и мѣсту соотвѣтствуетъ поврежденію. Въ случаѣ Н. соотвѣтствіе по времени едва ли подлежитъ сомнѣнію. Но все-таки экспертъ В. считаетъ причинную связь сомнительной. Но я думаю, что мышечная грыжа возникла не отъ мѣстнаго поврежденія, какъ ударъ, ушибъ, прижатіе, а отъ косвенной причины, именно отъ разрыва мышцъ, при подниманіи телѣги. Но натяженіе мышцы простиралось, вѣроятно, ниже мѣста разрыва—до прикрѣпленія мышцы къ горизонтальной вѣтви лобковой кости; здѣсь, по всей вѣроятности, произошелъ отрывъ надкостницы, который, вслѣдствіе его глубокаго положенія, не могъ быть распознанъ и это-то поврежденіе надкостницы и создало почву, на которой затѣмъ развилось злокачественное новообразованіе.

Резюмируя свою экспертизу, я не только считаю доказаннымъ, что между несчастнымъ случаемъ, происшедшимъ 1-го іюля, и мышечной грыжей, найденной д-ромъ В. 4-го іюля, наблюдавшимися 26-го іюля разстройствами въ области слѣпой кишки и найденными впослѣдствіи срощеніями существуетъ прямая связь, но считаю въ высокой степени вѣроятнымъ, что и новообразованіе, которое повело въ концѣ-концовъ къ смерти Н., должно быть поставлено въ причинную зависимость отъ указаннаго поврежденія.

Очень интересна и слѣдующая экспертиза проф. Senator'a (Берлинъ) относительно зависимости между несчастнымъ случаемъ и ракомъ желудка; въ этомъ случаѣ пять врачей, дававшихъ заключеніе до Senator'a, высказались крайне разнорѣчиво.

Фактическія данныя, касающіяся болѣзни и смерти F., въ главныхъ чертахъ установлены единогласно и вкратцѣ сводятся къ слѣдующему. 16-го марта 1894 г. F. упалъ въ погребъ съ лѣстницы съ высоты $2^1/_2$—3 метровъ и получилъ ушибъ головы, правой половины тѣла, переломъ нѣсколькихъ правыхъ реберъ и поврежденіе лѣвой руки; поврежденіе руки ограничило ея функцію и повело къ атрофіи лѣвой дельтовидной мышцы. F. пролежалъ 6 недѣль въ постели, затѣмъ лечился отъ своихъ поврежденій въ курортѣ, откуда онъ въ августѣ 1894 г. вернулся «похудѣвшимъ и истощеннымъ, но здоровымъ», не будучи, однако, работоспособнымъ вслѣдствіе упомянутаго разстройства движеній лѣвой руки. Вскорѣ стали усиливаться желудочныя разстройства, которыя появились уже раньше тотчасъ послѣ несчастнаго случая и выражались тогда въ невозможности принимать обычную пищу. F. быстро худѣлъ и 10 ноября 1895 г. умеръ.

Вскрытіе обнаружило ракъ желудка величиной приблизительно въ двѣ ладони, окружавшій привратникъ; послѣдній, однако, оставался проходимымъ, вблизи привратника имѣлся зарубцевавшійся участокъ, окруженный раковымъ новообразованіемъ; кромѣ того были найдены: начинавшееся затвердѣніе печени (циррозъ), обширныя отложенія на поверхности печени отъ бывшаго перигепатита, срощеніе печени съ діафрагмой, срощеніе обоихъ плевральныхъ листковъ и неправильно сросшіеся переломы правыхъ реберъ отъ 4-го до 8-го.

Всѣ эксперты признали причиной смерти ракъ желудка. Прежде чѣмъ перейти къ вопросу о зависимости этого заболѣванія отъ несчастнаго случая, я долженъ еще остановиться на оказавшемся на вскрытіи затвердѣніи печени. Дѣло въ томъ, что одни эксперты приводятъ это обстоятельство въ доказательство того, что F. и до несчастнаго случая не былъ уже вполнѣ здоровымъ человѣкомъ, причемъ они совершенно не допускаютъ, чтобы циррозъ печени могъ возникнуть отъ травмы; другіе же, напротивъ, считаютъ такое происхож-

деніе цирроза вполнѣ возможнымъ и ссылаются на найденный у F. циррозъ, какъ на доказательство, что травма, которой подвергся пострадавшій, была очень значительна, такъ что она могла отразиться и на желудкѣ.

Что заболѣваніе печени, найденное у F., можетъ возникнуть подъ вліяніемъ воздѣйствія внѣшней силы, т. е. травматическимъ путемъ, это не подлежитъ сомнѣнію. При этомъ происходитъ либо разрушеніе самой печеночной ткани, ведущее къ кровоизліяніямъ и воспаленію съ послѣдующимъ затвердѣніемъ печени—процессъ, наблюдающійся крайне рѣдко, или же воспаленіе переходитъ на печень съ ея серознаго покрова, съ печеночной сумки, причемъ оно сперва распространяется по поверхности органа, а затѣмъ проникаетъ вглубь его и также ведетъ къ затвердѣнію. Воспаленіе печеночной сумки—перигепатитъ—можетъ, въ свою очередь, быть первичнымъ, т. е. развиться непосредственно подъ вліяніемъ травмы, или вторичнымъ, когда травма вызываетъ сперва воспаленіе какого-либо сосѣдняго органа и его серозной оболочки, откуда воспалительный процессъ переходитъ уже затѣмъ на серозную оболочку печени и, какъ мы уже сказали, на самую печеночную ткань.

Въ нашемъ случаѣ воспаленіе, несомнѣнно, возникло вторымъ путемъ, т. е. распространилось съ сосѣднихъ органовъ, ибо, какъ показало вскрытіе, переломъ реберъ повелъ къ слипчивому воспаленію обоихъ плевральныхъ листковъ (pleuritis chronica adhaesiva), которое, какъ это часто бываетъ, распространилось черезъ діафрагму на поверхность печени, повело къ срощенію ея съ діафрагмой, къ утолщенію печеночнаго покрова и въ концѣ-концовъ къ затвердѣнію печени. Впрочемъ можно допустить, что при сильной травмѣ правой половины тѣла, которая имѣла мѣсто при несчастномъ случаѣ, произошло и непосредственное поврежденіе печеночной сумки съ послѣдующимъ воспаленіемъ ея, такъ что воспаленіе сумки и печеночной ткани было обязано обоимъ моментамъ одновременно.

Во всякомъ случаѣ можно съ вѣроятностью, близкой къ достовѣрности, предположить, что несчастный случай повелъ къ тяжелому пораженію печени. Съ этимъ согласуются наблюденія, сдѣланныя врачами при жизни F.: печень была вначалѣ увеличенной и болѣзненной, а затѣмъ увеличеніе исчезло.

Что касается собственно причины смерти—рака желудка и связи ея съ несчастнымъ случаемъ, то здѣсь нельзя съ увѣренностью дать ни положительнаго, ни отрицательнаго отвѣта. Съ одной стороны, въ настоящее время считается общепризнаннымъ, что при наличности предрасположенія къ развитію рака возникновеніе его можетъ быть вызвано травмой; съ другой стороны, вслѣдствіе того, что ракъ внутреннихъ органовъ, въ особенности ракъ желудка, развивается долгое время скрыто, такъ что, если онъ и дѣлается доступенъ распознаванію, это случается уже тогда, когда онъ достигъ значительнаго развитія,—никогда нельзя съ достовѣрностью доказать связь его съ бывшей раньше травмой. Въ большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться сопоставленіемъ всѣхъ доводовъ, говорящихъ за и противъ причинной зависимости, и рѣшеніемъ вопроса лишь въ предѣлахъ большей или меньшей вѣроятности, причемъ субъективное усмотрѣніе играетъ обыкновенно большую роль.

Въ интересующемъ насъ случаѣ, въ виду отсутствія другихъ предрасполагающихъ моментовъ, въ особенности наслѣдственности, приходится признать, что рубецъ, который былъ найденъ при вскрытіи вблизи привратника, создавалъ извѣстное предрасположеніе къ образованію рака, особенно въ виду возраста F. (51 годъ). Опытъ показываетъ, что ракъ, въ особенности ракъ желудка, можетъ развиться изъ рубцовой ткани безъ всякаго внѣшняго воздѣйствія, т. е. безъ всякой травмы въ собственномъ смыслѣ слова, такъ какъ перевариваніе пищи, вводимой въ желудокъ, представляетъ уже для рубца такое раздраженіе, которое можетъ повести къ развитію рака; еще скорѣе, конечно, это можетъ случиться, когда къ этому раздраженію присоединяется еще внѣшняя травма. Спрашивается только, существовалъ ли рубецъ до рака, или онъ возникъ уже во время его развитія. Дѣло въ томъ, что иногда ракъ, въ особенности ракъ желудка, мѣстами рубцуется, не останавливаясь въ то же время въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи въ другихъ мѣстахъ. Данныя вскрытія не даютъ никакого отвѣта на этотъ вопросъ. Если мы на время отвлечемся отъ нашего случая и предположимъ, что рубецъ существовалъ уже до рака, то возникаетъ новый вопросъ,—вызванъ ли рубецъ несчастнымъ случаемъ или онъ существовалъ уже раньше, и какое вліяніе оказалъ въ томъ и другомъ случаѣ на образованіе рака несчастный случай.

Но когда возникъ рубецъ,—этого опять-таки мы не можемъ рѣшить. Язва или вообще потеря ткани, изъ которой возникъ этотъ рубецъ, могла протекать совершенно скрыто, что отнюдь не представляетъ большой рѣдкости; возможно,

что ею обусловливались тѣ желудочныя разстройства, которыми F. иногда страдалъ въ прежніе года; словомъ, вполнѣ возможно, что рубецъ существовалъ уже до несчастнаго случая. Но онъ могъ быть и слѣдствіемъ несчастнаго случая, т. е. слѣдствіемъ вызваннаго несчастнымъ случаемъ повреждения слизистой оболочки желудка. Такого рода поврежденія, какъ послѣдствіе травмы, наблюдались клинически и могутъ быть искусственно вызваны у животныхъ. При этомъ вопреки мнѣнію, высказанному въ одной экспертизѣ, вовсе не обязательны клиническіе признаки поврежденія, какъ «тошнота, кровавая рвота, рвота вообще, кровянистый стулъ, боли въ области желудка». Наступятъ ли такія явленія и въ какой степени, это зависитъ отъ многихъ разнообразныхъ причинъ, между прочимъ и отъ чувствительности желудка и вообще отъ чувствительности паціента. Въ этомъ отношеніи и болѣзнь F. является поучительнымъ примѣромъ, ибо хотя онъ имѣлъ ракъ желудка величиной въ двѣ ладони, онъ до послѣдняго момента обнаруживалъ такъ мало признаковъ этой болѣзни, что,—какъ это справедливо отмѣчено въ контръ-экспертизѣ, даже выдающіеся врачи и клиницисты не могли даже съ вѣроятностью поставить діагнозъ рака желудка.

Впрочемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поврежденіе слизистой желудка было признано слѣдствіемъ травмы, эта травма поражала непосредственно самую область желудка, за исключеніемъ нѣсколькихъ рѣдкихъ случаевъ поврежденія мозга, гдѣ, какъ думаютъ, нервнымъ путемъ возникали поврежденія слизистой желудка, кровотеченія и пр.; но о поврежденіи мозга въ нашемъ случаѣ нѣтъ никакой рѣчи.

Невозможно рѣшить, имѣла ли мѣсто при этомъ несчастномъ случаѣ, сопровождавшемся переломомъ 5 реберъ съ правой стороны и поврежденіемъ лѣвой руки, прямая травма области желудка или нѣтъ. Спорить объ этомъ совершенно излишне, тѣмъ болѣе, что при данныхъ условіяхъ подлежащіе рѣшенію вопросы—въ особенности вопросъ о томъ, оказала ли травма неблагопріятное вліяніе на теченіе рака, могутъ если не съ достовѣрностью, то съ извѣстной долей вѣроятности быть рѣшены, однако, при одномъ только предположеніи, что рубецъ существовалъ раньше, чѣмъ ракъ.

Одно изъ двухъ: либо рубецъ или предшествовавшее ему поврежденіе зависѣли отъ несчастнаго случая: тогда, какъ мы уже сказали выше, нужно считать несчастный случай косвенной причиной рака; но на основаніи клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ, приведенныхъ выше, такое предположеніе можно было бы сдѣлать лишь въ случаѣ непосредственной и сильной травмы области желудка. Или же рубецъ существовалъ уже до несчастнаго случая, тогда мы имѣемъ дѣло уже не со здоровымъ желудкомъ и тогда не требуется уже непосредственной травмы желудочной области, чтобы вызвать дальнѣйшія разстройства больного желудка, а достаточно и той косвенной травмы, которая, несомнѣнно, имѣла мѣсто при томъ сильномъ ударѣ, которому подверглось все тѣло F., въ особенности туловище, во время несчастнаго случая.

Если, слѣдовательно, рубецъ въ желудкѣ существовалъ до рака, то несчастный случай могъ существеннымъ образомъ содѣйствовать развитію рака.

Остается разсмотрѣть еще одну возможность, именно, что ракъ развился совершенно независимо отъ рубца и что послѣдній образовался вторично на почвѣ раковаго изъязвленія. Но во всемъ имѣющемся матеріалѣ нѣтъ никакихъ данныхъ, чтобы хоть сколько-нибудь увѣренно высказаться объ этой возможности. Прежде всего нельзя установить, сколько времени у F. существовалъ ракъ желудка. Болѣзнь эта, по общему мнѣнію, тянется отъ 1 до 2 лѣтъ, иногда нѣсколько дольше, рѣже меньше и, какъ сказано уже выше, протекаетъ часто совершенно скрыто, т. е. не даетъ вначалѣ никакихъ замѣтныхъ симптомовъ.

Такъ какъ смерть F. послѣдовала 10-го ноября 1895 г., т. е. спустя 1 годъ 8 мѣс. послѣ несчастнаго случая, то возможно, что эта смертельная болѣзнь существовала въ начальной стадіи еще до несчастнаго случая, когда F. казался совершенно здоровымъ, такъ какъ онъ былъ въ томъ возрастѣ, когда ракъ желудка встрѣчается довольно часто. Но возможно, что ракъ началъ развиваться тотчасъ послѣ несчастнаго случая или спустя нѣсколько недѣль или даже мѣсяцевъ послѣ него. И въ этомъ отношеніи нельзя, даже съ вѣроятностью, сдѣлать какого-либо предположенія; самое большее, что можно допустить, это то, что въ августѣ 1894 г. ракъ уже существовалъ, такъ какъ, судя по свидѣтельству отъ 22-го августа, F. въ то время былъ найденъ «похудѣвшимъ и истощеннымъ», несмотря на то, что незадолго передъ тѣмъ онъ пробылъ нѣсколько мѣсяцевъ на курортѣ и въ деревнѣ, что, вообще говоря, должно было бы оказать благотворное вліяніе на состояніе его питанія.

Такимъ образомъ ничего больше не остается, какъ перечислить всѣ воз-

можности и постараться рѣшить, какое вліяніе въ каждомъ изъ предполагаемыхъ случаевъ могъ оказать на теченіе рака несчастный случай или, что одно и то же, вызванныя имъ поврежденія.

1. Если ракъ въ начальной стадіи существовалъ уже до несчастнаго случая, то въ высокой степени вѣроятно, что несчастный случай, т. е. происшедшее при немъ сильное сотрясеніе тѣла и безъ сомнѣнія и желудка, ускорило теченіе рака.

2. Если ракъ началъ развиваться послѣ несчастнаго случая, то послѣдній могъ играть роль предрасполагающаго момента, если внѣшняя сила непосредственно подѣйствовала на область желудка. Здѣсь я сошлюсь на то, что было мною сказано раньше о травмахъ желудочной области, причемъ считаю нужнымъ еще разъ повторить, что въ данномъ случаѣ совершенно невозможно рѣшить, имѣла ли мѣсто прямая или косвенная травма желудочной области.

3. Если во время несчастнаго случая не было прямой травмы желудочной области, то невѣроятно, чтобы ракъ прямо или косвенно былъ вызванъ несчастнымъ случаемъ,—конечно, при томъ предположеніи, что въ это время не было еще ни рубца, ни рака (см. п. 1). Самое большее, что можно предположить съ нѣкоторой долей вѣроятности, это то, что тѣ тяжелыя поврежденія, которыя несомнѣнно имѣли мѣсто во время несчастнаго случая въ другихъ частяхъ тѣла,—сроценіе плевры и въ особенности пораженіе печени, о которомъ мы говорили выше,—оказали неблагопріятное вліяніе на теченіе желудочной болѣзни.

Резюмируя все вышеизложенное, я прихожу къ слѣдующему заключенію:

1. Если оказавшійся въ желудкѣ рубецъ существовалъ до рака, то несчастному случаю нужно приписать существенное вліяніе на возникновеніе или ростъ раковой опухоли.

2. Если же ракъ развился независимо отъ рубца и послѣдній появился уже на почвѣ рака, то изъ трехъ возможныхъ случаевъ въ двухъ имѣется вѣроятность, что несчастный случай далъ толчокъ къ возникновенію рака или ускорилъ его развитіе.

Въ предыдущемъ изложеніи мы неоднократно упоминали, что носители страхованія при установленіи того вреда, какой причиненъ застрахованному рабочему профессіональнымъ несчастнымъ случаемъ, не считаются съ тѣмъ, вызвано ли несчастнымъ случаемъ, новое заболѣваніе или произошло только ухудшеніе уже существовавшаго страданія. Такое либеральное толкованіе благодѣтельнаго закона дано Имперскимъ страховымъ бюро въ слѣдующемъ нѣсколько тяжеловѣсномъ положеніи: «Такъ какъ законодатель стремится къ тому, чтобы объектъ его призрѣнія былъ застрахованъ отъ послѣдствій профессіональныхъ несчастныхъ случаевъ во всѣ моменты его работы, независимо отъ возможныхъ въ его организмѣ уклоненій отъ нормальнаго состоянія и независимо отъ риска, который создается болѣзненнымъ предрасположеніемъ, то онъ требуетъ, чтобы застрахованный былъ обезпеченъ въ полномъ объемѣ соотвѣтственно тому состоянію организма, которое создано несчастнымъ случаемъ».

Такъ какъ эта же точка зрѣнія усвоена и въ другихъ странахъ и такъ какъ она несомнѣнно соотвѣтствуетъ духу закона, то на долю эксперта выпадаетъ обязанность опредѣлять степень вызваннаго несчастнымъ случаемъ ухудшенія въ существовавшей уже ранѣе болѣзни. Мы знаемъ уже, что для установленія связи между травмой и болѣзнью не требуется, чтобы поврежденіе было единственной причиной этой послѣдней. Достаточно, если травма является одной изъ многихъ одновременно дѣйствующихъ причинъ. Но при опредѣленіи степени ухудшенія прежнихъ болѣзней необходимо считаться съ такими болѣзненными процессами, которые наступили послѣ поврежденія, напр. подъ вліяніемъ измѣнившейся обстановки, и независимо отъ поврежденія повели къ ухудшенію прежней болѣзни.

Этими положеніями долженъ руководиться врачъ-экспертъ, когда ему нужно отвѣтить на вопросъ, вызвалъ ли несчастный случай ухудшеніе существовавшей уже раньше болѣзни. Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, надо, разумѣется, знать состояніе здоровья потерпѣвшаго до несчастнаго случая. Эти свѣдѣнія можно получить только отъ врачей, лечившихъ пострадавшаго отъ тѣхъ болѣзней, которыми онъ раньше страдалъ. Но врачи въ протоколахъ больничныхъ кассъ отмѣчаютъ обыкновенно только общія данныя; подробныхъ исторій болѣзни они не ведутъ, да этого и невозможно требовать; кромѣ того множество хронически-больныхъ, но работоспособныхъ рабочихъ (на первомъ планѣ масса чахоточныхъ въ начальной стадіи болѣзни) вовсе не обращаются за врачебной помощью.

Эти трудности еще возростаютъ, когда экспертизѣ подлежатъ заболѣванія внутреннихъ органовъ. Здѣсь часто нѣтъ точекъ опоры, чтобы рѣшить вопросъ о травматическомъ «ухудшеніи», если только не придерживаться того безусловно ошибочнаго воззрѣнія, которое высказываютъ отдѣльные эксперты, именно, что вообще не существуетъ чисто травматическихъ заболѣваній внутреннихъ органовъ и что все, что обозначается этимъ именемъ, есть только преувеличеніе уже существовавшихъ ранѣе болѣзней.

L. Feilchenfeld'у мы обязаны образцовымъ, строго логическимъ разъясненіемъ понятія «ухудшенія болѣзни подъ вліяніемъ несчастнаго случая» и указаніемъ критеріевъ для установленія этого ухудшенія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Я позволю себѣ воспользоваться его работой для освѣщенія этого важнаго вопроса, имѣющаго, правда, въ настоящее время болѣе теоретическій, чѣмъ практическій интересъ.

Что разумѣется подъ «ухудшеніемъ болѣзни»? Я бы опредѣлилъ это понятіе слѣдующимъ образомъ: ухудшеніемъ болѣзни мы называемъ появленіе угрожающихъ симптомовъ, соотвѣтствующихъ картинѣ данной болѣзни, другими словами, внезапный переходъ болѣзни изъ болѣе легкой въ болѣе тяжелую стадію. Появленіе кровохарканія у чахоточнаго больного такъ же представляетъ собой ухудшеніе, какъ потеря зрѣнія у табетика или появленіе отековъ у сердечнаго больного.

Feilchenfeld справедливо требуетъ, чтобы прежде всего былъ установленъ самый фактъ ухудшенія, такъ какъ въ травматологической практикѣ не рѣдки случаи, когда пострадавшій жалуется на ухудшеніе болѣзни и съ нимъ соглашается экспертиза, хотя на самомъ дѣлѣ никакого ухудшенія не имѣется. По мнѣнію Kries'a, объ ухудшеніи болѣзненнаго состоянія можно говорить только въ томъ случаѣ, если «пострадавшій до несчастнаго случая обладалъ еще нѣкоторой степенью работоспособности, если послѣ несчастнаго случая эта работоспособность понизилась и между этимъ пониженіемъ и несчастнымъ случаемъ существуетъ причинная связь». Feilchenfeld признаетъ наличность ухудшенія въ томъ случаѣ, если существующая болѣзнь перешла въ новую, болѣе тяжелую фазу, если имѣющійся болѣзненный процессъ распространился дальше или къ существующей болѣзни присоединилось свойственное ей или необычное осложненіе ея, или, наконецъ, если смертельный исходъ наступилъ быстрѣе, чѣмъ этого можно было вообще ожидать». Такимъ образомъ медленное, постепенное развитіе

прогрессирующей болѣзни не является ухудшеніемъ въ судебно-медицинскомъ смыслѣ; судебно-медицинское понятіе ухудшенія требуетъ, чтобы было на-лицо происшествіе, несчастный случай, и чтобы измѣненіе къ худшему субъективнаго и объективнаго состоянія пострадавшаго возникло внезапно, въ видѣ скачка или чтобы по крайней мѣрѣ распространеніе болѣзненнаго процесса явилось неожиданнымъ и не соотвѣтствующимъ по своимъ размѣрамъ обычному теченію болѣзни.

Само собою разумѣется, что и здѣсь для установленія связи между ухудшеніемъ и несчастнымъ случаемъ требуются тѣ же самыя условія, о которыхъ мы уже говорили, именно: значительность несчастнаго случая, опредѣленная локализація травмы и непрерывность болѣзненныхъ явленій.

Я приведу въ качествѣ иллюстраціи къ этимъ положеніямъ двѣ экспертизы высшей инстанціи. Одна принадлежитъ проф. Mann'у (Дессау).

Согласно предложенію отъ 23-го іюля 1897 г. я сего числа отправился въ R. на квартиру каменщика Friedrich'a K. для изслѣдованія состоянія его здоровья. Я нашелъ слѣдующее:

К., 72 лѣтъ, лежалъ на диванѣ; при моемъ появленіи онъ безъ труда сѣлъ и подробно и спокойно отвѣчалъ на всѣ мои вопросы.

Онъ сообщилъ, что въ декабрѣ 1894 г. онъ вслѣдствіе головокруженія упалъ съ лѣсовъ, причемъ уронилъ на себя боченокъ съ известью, который ударилъ его въ лѣвую руку и правое колѣно.

До этого несчастнаго случая онъ, по его словамъ, былъ здоровъ и работоспособенъ и никогда раньше не страдалъ головокруженіемъ. Послѣ несчастнаго случая онъ почувствовалъ себя слабѣе; съ мая по августъ 1895 г. онъ работалъ, но могъ производить только легкую работу; съ этого же времени онъ сталъ неспособенъ ни къ какой работѣ вслѣдствіе слабости и боли въ конечностяхъ; въ особенности онъ чувствовалъ боли въ правой рукѣ, въ области плеча и въ правой ногѣ. Въ настоящее время у него плохой аппетитъ и сонъ и имѣются сильныя боли въ правой голени.

Выраженіе лица у К. было спокойное и достаточно интеллигентное для его развитія; ни страданій, ни слабости лицо не выражало.

К. средняго роста, нормальнаго тѣлосложенія, худощавъ. На головѣ мало волосъ, органы чувствъ функціонируютъ для его возраста нормально, зубы нѣсколько каріозны, языкъ слегка обложенъ. Шейная часть позвоночника нормально подвижна.

Кожа не отличается ни особенной дряблостью, ни сухостью, подкожный жирный слой развитъ слабо, мускулатура дрябла, хотя и не особенно атрофирована, и соотвѣтствуетъ по своему состоянію возрасту изслѣдуемаго.

Грудная клѣтка плоская, межреберные промежутки умѣренно широки, при дыханіи напрягаются шейныя мышцы и грудная клѣтка, почти не расширяясь впередъ, приподнимается вся цѣликомъ. Число дыханій въ минуту 20—21. Въ легкихъ при перкуссіи и аускультаціи ничего ненормальнаго, только въ переднихъ частяхъ замѣчается нѣсколько удлиненный выдохъ вслѣдствіе старческой эмфиземы (расширеніе и уменьшеніе эластичности легочныхъ альвеолъ).

Сердце нормальной величины. Послѣ перваго тона слышенъ легкій царапающій шумъ, который опредѣляется и въ сонныхъ артеріяхъ. Височныя артеріи извилисты и тверды.

Пульсъ въ лучевой артеріи твердъ, равномѣренъ, 48 ударовъ въ минуту.

Со стороны печени и селезенки никакихъ отклоненій отъ нормы.

На мѣстѣ сочлененія рукоятки грудины съ правой ключицей замѣчается легкій костный выступъ. При движеніи правой ключицы ощущается въ сочлененіи ея съ грудиной ясное треніе и хрустъ, движеніе, однако, безболѣзненно. Подвывиха, о которомъ говоритъ д-ръ W., я не нашелъ. Въ правомъ плечевомъ суставѣ ощущается рѣзкое треніе при подниманіи и поворачиваніи руки.

Лѣвый грудино-ключичный и плечевой суставы функціонируютъ нормально.

Руки могутъ быть подняты почти до вертикальнаго положенія, безъ затрудненій какъ активно, такъ и пассивно; правая рука, впрочемъ, поднимается нѣсколько хуже.

Предплечія и кисти обладаютъ нормальной подвижностью. Пожатіе руки для возраста паціента достаточно сильно и одинаково съ обѣихъ сторонъ.

Ноги подвижны во всѣхъ суставахъ, за исключеніемъ правой стопы; послѣдняя припухла, синюшно окрашена и лишена двухъ пальцевъ; остальные пальцы темносиняго цвѣта и обезображены. Мускулатура лѣвой ноги значительно толще, чѣмъ правой; икра на правой ногѣ нѣсколько припухла вслѣдствіе отека. Артеріальный пульсъ на стопѣ и на голени не ощущается.

Въ обѣихъ паховыхъ областяхъ имѣются грыжи, слѣва большая, справа меньшая, которыя, по словамъ К., послѣ несчастнаго случая увеличились.

Моча не содержитъ ни сахара, ни бѣлка.

На основаніи субъективныхъ и объективныхъ явленій несомнѣнно, что у К. имѣется эндартеритъ (заболѣваніе внутренней оболочки сосудовъ) почти всѣхъ артерій; въ пользу этого говоритъ особенно состояніе видимыхъ и доступныхъ ощупыванію артерій, именно ихъ твердость и извилистость, далѣе очень замедленный и твердый лучевой пульсъ, болѣе медленный, чѣмъ сердечный толчокъ, что указываетъ на то, что подключичная артерія, изъ которой беретъ начало лучевая артерія, потеряла свою эластичность, плотна и съужена; наконецъ въ пользу эндартерита говоритъ отсутствіе пульса въ артеріяхъ голени и въ особенности старческая гангрена на правой стопѣ.

Сюда нужно прибавить еще неровности внутренней оболочки сердца, о которыхъ свидѣтельствуетъ царапающій тонъ, который слышенъ въ сердцѣ послѣ систолы, и подагрическія отложенія на грудинѣ и въ правомъ плечевомъ суставѣ.

Хроническій эндартеритъ представляетъ чрезвычайно частую болѣзнь; въ особенности въ пожиломъ возрастѣ, послѣ 50 лѣтъ, онъ встрѣчается даже настолько часто, что нѣкоторые разсматривали его, какъ нормальное старческое измѣненіе.

У мужчинъ эта болѣзнь, повидимому, встрѣчается чаще; болѣе или менѣе благопріятныя условія жизни, повидимому, не оказываютъ на нее никакого вліянія.

Причиной этой болѣзни многіе авторы считаютъ хроническій алкоголизмъ; затѣмъ въ качествѣ причинъ приводятъ еще подагру, ревматизмъ, сифилисъ, хроническое заболѣваніе почекъ.

Послѣднія болѣзни располагаютъ къ развитію хроническаго эндартерита, чему по Rokitansk'ому способствуетъ, повидимому, еще механическій моментъ, именно «функціональное напряженіе артерій», которое зависитъ отъ препятствій въ кровообращеніи и вызываетъ растяженіе сосудовъ.

Принимаютъ также, что хроническій воспалительный процессъ въ эндокардіи (внутренней оболочкѣ полости сердца) можетъ путемъ распространенія на аорту обусловить развитіе эндартерита.

Bäumler полагаетъ, что и травматическія вліянія могутъ вызвать мѣстное хроническое заболѣваніе стѣнокъ артерій. Чаще всего при этомъ играетъ роль внезапное растяженіе артерій при временномъ сильномъ повышеніи кровяного давленія, какъ это бываетъ при подниманіи большой тяжести или при другихъ внезапныхъ и сильныхъ тѣлесныхъ напряженіяхъ. Ушибъ, ударъ и т. п. могутъ также вызвать заболѣваніе болѣе крупныхъ артерій, въ частности и аорты. Колебанія кровяного давленія, связанныя съ душевными волненіями и вообще нервнымъ возбужденіемъ, тоже могутъ, при частомъ повтореніи ихъ, подать поводъ къ развитію эндартерита. Можетъ ли вести къ артеріосклерозу неумѣренное куреніе, какъ утверждаютъ нѣкоторые авторы, это точно не установлено.

Далѣе важнымъ моментомъ въ происхожденіи эндартерита и вызываемаго имъ артеріосклероза является наслѣдственное предрасположеніе, наклонность къ тучности, подагрѣ, хроническимъ заболѣваніямъ суставовъ и т. д.

Существуютъ, вѣроятно, и другія причины, которыя пока еще не установлены наукой.

Что касается сотрясенія нервной системы, въ частности ушиба шейныхъ нервовъ, то это еще до сихъ поръ не указывалось въ числѣ причинъ артеріосклероза; точно также, вопреки мнѣніямъ д-ра Т. и д-ра W., нельзя предположить, чтобы однократное, не особенно значительное сотрясеніе тѣла и нервной системы или ушибъ 5-го и 6-го шейныхъ нервовъ могло ускорить развитіе болѣзни.

Кромѣ того д-ръ W. считаетъ способствующимъ моментомъ покой, именно пребываніе въ постели, къ которому пострадавшій былъ вынужденъ несчастнымъ случаемъ. Это указаніе невѣрно, такъ какъ К. вовсе не подвергался продолжительному постельному режиму: изъ врачебнаго свидѣтельства д-ра Т. видно, что

уже въ концѣ января 1895 г. не было никакихъ поврежденій, непосредственно обусловленныхъ несчастнымъ случаемъ.

Предрасполагающими моментами къ развитію эндартерита въ данномъ случаѣ являются, по моему мнѣнію, возрастъ и рядъ неизвѣстныхъ причинъ, можетъ быть, скрыто протекавшій хроническій эндокардитъ, о которомъ можно судить по систолическому шуму въ сердцѣ, въ связи съ подагрическими отложеніями въ грудинно-ключичномъ и плечевомъ суставахъ.

На основаніи данныхъ изслѣдованія и приведенныхъ выше соображеній я на предложенный мнѣ Имперскимъ страховымъ бюро вопросъ:

> «Находится ли тяжелое старческое заболѣваніе К. (общая слабость, одышка, старческая гангрена) въ какой-либо, хотя бы косвенной связи съ несчастнымъ случаемъ, другими словами, игралъ ли несчастный случай причинную роль въ ряду другихъ причинъ, вызвавшихъ неработоспособность или не ускорилъ ли онъ наступленіе ея; если да, то въ какой степени—въ процентахъ къ полной неработоспособности—понижена работоспособность истца»,

отвѣчаю слѣдующимъ образомъ:

Эндартеритъ, по моему мнѣнію, существовалъ уже до несчастнаго случая, въ пользу чего говоритъ какъ возрастъ паціента, такъ и тотъ приступъ головокруженія, который произошелъ на лѣсахъ и который вызвалъ несчастный случай. Далѣе д-ръ М., изслѣдовавшій больного 8 мая 1895 г., уже нашелъ у него твердость и извилистость артерій въ такихъ размѣрахъ, что за промежутокъ времени въ 4—5 мѣсяцевъ оно возникнуть не могло.

Изъ этого слѣдуетъ, что считать несчастный случай непосредственной причиной болѣзни нельзя. Кромѣ того, самый несчастный случай, по моему мнѣнію, не былъ особенно интенсивнымъ. Изъ документовъ видно, что К. упалъ съ высоты 3—4 метровъ на кучу мусора, причемъ уронилъ на себя пустой боченокъ изъ-подъ извести, который и ушибъ ему лѣвую руку; особенной травмы или растяженія артерій при этомъ не было, что видно изъ того, что ушибленныя въ то время мягкія части лѣваго предплечья оказываются теперь здоровѣе, чѣмъ мягкія части праваго предплечья.

И, по моему мнѣнію, нѣтъ основаній, хотя бы даже и съ нѣкоторою вѣроятностью, предполагать, что болѣе быстрое распространеніе болѣзни, именно появленіе болѣе интенсивныхъ симптомовъ болѣзни и уменьшеніе работоспособности спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ несчастнаго случая, находилось съ этимъ послѣднимъ въ непосредственной связи.

Противъ такого предположенія говорятъ слѣдующія соображенія:

1. Возрастъ К.—ему былъ 71 годъ. Въ этомъ возрастѣ часто безъ всякихъ видимыхъ причинъ наблюдается быстрое развитіе маразма. Въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ послѣ несчастнаго случая тѣлесныя функціи находились еще въ сравнительно хорошемъ состояніи, что видно изъ того, что уже къ концу января зажили всѣ поврежденія, вызванныя несчастнымъ случаемъ, далѣе изъ того, что К. былъ въ состояніи работать съ мая по августъ и что д-ръ М. въ своей экспертизѣ отъ 12 мая 1896 г. констатировалъ улучшеніе въ состояніи К.

2. То обстоятельство, что часто эндартеритъ, какъ это, повидимому, было и въ данномъ случаѣ, развивается совершенно скрыто, такъ что нерѣдко въ теченіе всей жизни онъ не проявляется никакими серьезными болѣзненными симптомами и обнаруживается только на вскрытіи, когда человѣкъ умираетъ вслѣдствіе разрыва перерожденной артеріи.

Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что К. чувствовалъ себя сравнительно хорошо до несчастнаго случая.

3. Въ данномъ случаѣ, по моему мнѣнію, не наблюдалось вообще какого-либо рѣзкаго скачка въ теченіи болѣзни, такъ что нѣтъ основаній искать для этого какой-либо особой причины. Первое болѣе серьезное проявленіе болѣзни наблюдалось въ декабрѣ 1893 г. и выразилось приступомъ головокруженія.

Было вполнѣ естественно ожидать, что у 72-лѣтняго старика постепенно проявится болѣе значительное разстройство питанія; однако д-ръ М. въ іюлѣ 1896 г. послѣ подробнаго изслѣдованія К. не нашелъ у него особеннаго физическаго истощенія. Уже позже появились боли въ правой ногѣ и затѣмъ развилась старческая гангрена.

Такое теченіе болѣзни встрѣчается очень часто у стариковъ, съ такимъ рѣзко выраженнымъ предрасположеніемъ къ эндартериту и такимъ обширнымъ артеріосклерозомъ, какъ у К.

4. Бездѣятельность и покой въ теченіе 4 мѣсяцевъ могли, по моему мнѣнію, скорѣе задержать теченіе болѣзни, чѣмъ ускорить его, какъ это утверж-

даетъ д-ръ W. Bäumler въ своей работѣ объ эндартеритѣ. Онъ говоритъ: «Часто и разлитой артеріосклерозъ остается совершенно скрытымъ. То вліяніе, которое неизбѣжно оказываетъ на кровообращеніе распространенный склерозъ сосудовъ, вполнѣ компенсируется соотвѣтствующими вторичными измѣненіями въ сердцѣ—гипертрофіей и дилятаціей его. Само собой разумѣется, что теченіе болѣзни далеко неодинаково у старика, пользующагося на закатѣ своихъ дней полнымъ покоемъ, и у человѣка молодого, принужденнаго вести ожесточенную жизненную борьбу и подвергаться физическому и душевному утомленію. У перваго долгое время не наблюдается никакихъ серьезныхъ разстройствъ, пока внезапная апоплексія вслѣдствіе разрыва мозговой артеріи или тромботическая закупорка вѣнечной артеріи сердца не поведутъ къ скоропостижной смерти; у второго же постепенно развиваются очень мучительныя болѣзненныя явленія вслѣдствіе мѣстнаго и общаго разстройства кровообращенія, пока тромбы, инфаркты, водянка, апоплексичесскіе удары и пр. не поведутъ къ смерти».

На основаніи приведенныхъ выше фактическихъ и научныхъ соображеній я не считаю возможнымъ признать, что на настоящее состояніе К. несчастный случай прямо или косвенно оказалъ вредное вліяніе.

Въ качествѣ второго примѣра ухудшенія болѣзни подъ вліяніемъ несчастнаго случая мы приведемъ экспертизу проф. Goldscheider'а, касающуюся случая внезапной слѣпоты, наступившей въ теченіе табетической атрофіи зрительнаго нерва подъ вліяніемъ сквозного вѣтра и переутомленія глазъ.

Настоящая экспертиза по дѣлу S. дана мною по порученію Имперскаго страхового бюро и основана на многократномъ изслѣдованіи и наблюденіи больного и изученіи имѣющихся документовъ. Къ ней прилагается произведенная, по моему порученію, экспертиза офталмолога, пр.-доц. G.

Относительно характера болѣзни S. не существуетъ никакихъ сомнѣній. Всѣ высказавшіеся по этому вопросу эксперты согласны въ томъ, что здѣсь дѣло идетъ объ атрофіи зрительнаго нерва въ связи со спинной сухоткой. Кромѣ того у S. существуетъ затвердѣніе артерій (артеріосклерозъ) и порокъ сердца (недостаточность клапановъ аорты)—болѣзнь, нерѣдко наблюдающаяся вмѣстѣ съ спинной сухоткой.

Что касается причинъ заболѣванія глазъ, то свидѣтельскими показаніями съ достаточной достовѣрностью установлено, что слѣпота наступила у S. внезапно во время работы 9 марта 1896 г. Правда, эксперты, дававшіе заключеніе до меня, высказали сомнѣніе въ этомъ фактѣ въ виду того, что, согласно врачебному опыту, атрофія зрительныхъ нервовъ при спинной сухоткѣ развивается медленно; соглашаясь съ послѣднимъ положеніемъ, я, однако, долженъ сказать, что конкретный, доказанный фактъ является болѣе убѣдительнымъ аргументомъ, чѣмъ научная доктрина. Въ медицинѣ не должно быть мѣста никакому догматизму; кто имѣетъ большой врачебный опытъ, тотъ знаетъ, какъ часто одинъ какой-либо случай болѣзни вноситъ въ науку совершенно новые, неожиданные взгляды, идущіе въ разрѣзъ съ установившимися теоріями и наблюденіями.

Прежде всего нужно было выяснить, не было ли у S. остраго воспаленія зрительныхъ нервовъ или какой-либо другой острой болѣзни глазъ, которая, конечно, можетъ поразить табетика такъ же, какъ и всякаго здороваго человѣка, и повести къ слѣпотѣ. Поэтому я обратился къ д-ру G. съ спеціальнымъ вопросомъ, нѣтъ ли какихъ-либо признаковъ бывшаго кровоизліянія или остраго воспаленія. Изъ экспертизы д-ра G. видно, что такихъ признаковъ нѣтъ, что дѣйствительно рѣчь идетъ о той формѣ заболѣванія зрительныхъ нервовъ, которая встрѣчается при сухоткѣ спинного мозга, имѣетъ хроническое теченіе и медленно прогрессируетъ. Какъ же въ такомъ случаѣ смотрѣть на внезапное развитіе слѣпоты? Д-ръ G. въ своей экспертизѣ указалъ, какъ можно объяснить, что S., несмотря на имѣвшееся уже у него заболѣваніе зрительныхъ нервовъ, не испытывалъ никакихъ замѣтныхъ разстройствъ до тѣхъ поръ, пока внезапное распространеніе процесса на центральныя волокна не повело за собой слѣпоты. Такимъ образомъ д-ръ G. на основаніи офтальмологическихъ наблюденій считаетъ возможнымъ внезапное развитіе слѣпоты при табетической атрофіи зрительныхъ нервовъ. Я, на основаніи своихъ невропатологическихъ наблюденій, придерживаюсь того же взгляда. Въ доказательство возможности такого внезапнаго развитія слѣпоты я приведу случай, наблюдавшійся проф. Renvers'омъ: Marie A., портниха, 24 лѣтъ, принята въ больницу 8 авг. 1893 г. съ симптомами спинной сухотки, малокровія и заболѣванія яичника и трубы. Кромѣ того она жаловалась, что у нея часто темнѣетъ въ глазахъ и вообще слабѣетъ

зрѣніе (съ начала сентября); но все-таки видѣла она еще нормально. 13 сентября больной была сдѣлана подъ хлороформнымъ наркозомъ лапаротомія по поводу указаннаго выше заболѣванія тазовыхъ органовъ. Черезъ два дня послѣ операціи (15 сент.) больная внезапно ослѣпла. Въ этомъ случаѣ также существовала атрофія зрительныхъ нервовъ. Правда, слѣпота иногда развивается вообще послѣ операцій, сопровождающихся большой потерей крови. Но въ данномъ случаѣ имѣлась обыкновенная форма атрофіи зрительнаго нерва, встрѣчающаяся при спинной сухоткѣ. Случай этотъ, слѣдовательно, доказываетъ, что внезапное ухудшеніе болѣзни зрительнаго нерва при tabes и въ частности внезапная слѣпота отнюдь не невозможны.

Спрашивается, однако, можетъ ли такое рѣзкое ухудшеніе произойти отъ такихъ причинъ, какія мы имѣемъ въ случаѣ S. (простуда и переутомленіе зрѣнія)? И на этотъ вопросъ наука даетъ безусловно положительный отвѣтъ. Теченіе спинной сухотки въ значительной степени зависитъ отъ внѣшнихъ вліяній. И простуда, и чрезмѣрное напряженіе нерѣдко вызываютъ острое ухудшеніе болѣзни. Къ этому нужно еще прибавить, что атрофія зрительнаго нерва при спинной сухоткѣ беретъ начало не въ спинномъ мозгу и вообще не въ центральной нервной системѣ, а въ сѣтчаткѣ, т. е., такъ сказать, на периферіи нервовъ. Первыми заболѣваютъ тѣ волокна зрительнаго нерва, которыя подвержены непосредственному дѣйствію свѣта. Этотъ фактъ, еще мало извѣстный во врачебномъ мірѣ, съ несомнѣнностью установленъ въ послѣдніе годы многими учеными и въ томъ числѣ однимъ изъ моихъ учениковъ, д-ромъ Moxter'омъ. Фактъ этотъ дѣлаетъ понятнымъ, какимъ образомъ внѣшнія воздѣйствія, какъ простуда и утомленіе глаза, могутъ вызвать острое ухудшеніе заболѣванія зрительнаго нерва.

Такимъ образомъ, присоединяясь къ мнѣнію д-ра G., я считаю установленнымъ, что болѣзнь зрительнаго нерва у S. находится въ связи съ сухоткой спинного мозга, что 9 марта 1896 г. она уже существовала у него и что подъ вліяніемъ сквозного вѣтра и переутомленія наступило рѣзкое ухудшеніе, поведшее къ слѣпотѣ. Конечно, нужно допустить, какъ это и утверждаетъ д-ръ G., что съ теченіемъ времени S. ослѣпъ бы и безъ этого остраго ухудшенія. Но все-таки несомнѣнно, что ухудшеніе произошло, и именно подъ вліяніемъ несчастнаго случая. Не будь этого несчастнаго случая, S. могъ бы еще долгое время обладать зрѣніемъ—сколько именно, этого сказать нельзя. При надлежащемъ уходѣ спинная сухотка протекаетъ значительно медленнѣе, чѣмъ при воздѣйствіи внѣшнихъ вредныхъ вліяній. Мы знаемъ немало табетиковъ, которые при благопріятныхъ условіяхъ въ состояніи въ теченіе многихъ лѣтъ исполнять служебныя обязанности или вести дѣла. Я считаю совершенно несправедливымъ отрицать происшедшее ухудшеніе на томъ основаніи, что въ концѣ-концовъ и безъ этого ухудшенія болѣзнь привела бы къ тому же результату. Напротивъ, по моему мнѣнію, справедливость требуетъ, чтобы S. получилъ вознагражденіе за то ускореніе въ теченіе болѣзни, которое было вызвано несчастнымъ случаемъ. Въ оцѣнкѣ этого случая экспертиза должна руководиться тѣмъ соображеніемъ, что безъ несчастнаго случая слѣпота наступила бы, вѣроятно, только черезъ 3—4 года. Поэтому S. имѣетъ право на ежегодно понижаемую ренту въ теченіе 3—4 лѣтъ. Дѣлая такое предложеніе, я считаю нужнымъ указать, что по дѣйствующему законодательству оно вполнѣ пріемлемо.

Feilchenfeld въ своей прекрасной работѣ иллюстрируетъ сущность «ухудшенія» путемъ глубокаго анализа многихъ общихъ заболѣваній и болѣзней внутреннихъ органовъ и нервной системы. Я попытаюсь передать вкратцѣ нѣкоторыя изъ его положеній.

Сифилисъ, само собою разумѣется, никогда не можетъ возникнуть на почвѣ травмы, но травма можетъ вызвать ухудшеніе его. Такъ, напр., у сифилитика на мѣстѣ поврежденія можетъ развиться гумма, и болѣзнь изъ скрытой можетъ стать такимъ образомъ явной. Въ такихъ случаяхъ вопросъ о правѣ на вознагражденіе не возбуждаетъ споровъ. Не такъ ясно стоитъ вопросъ въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣ травмы у сифилитика развивается прогрессивный параличъ или tabes, такъ какъ трудно доказать вѣроятность ухудшенія развившагося на почвѣ сифилиса заболѣванія сосудовъ головного или спинного мозга.

Таково же отношеніе между травмой и алкоголизмомъ, въ осо-

бенности наиболѣе тяжелымъ проявленіемъ его—delirium tremens. И здѣсь несчастный случай можетъ перевести хроническую форму интоксикаціи въ острую. Травматическое происхожденіе ухудшенія не подлежитъ сомнѣнію въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можетъ быть доказано, что до травмы не наблюдалось никакихъ симптомовъ delirium tremens.

При діабетѣ наблюдалась и непосредственная травматическая этіологія (какъ доказываетъ, напр., недавній случай P. Zander'a). Травматическій діабетъ, чаще всего появляющійся послѣ поврежденій головы, развивается обыкновенно вскорѣ послѣ несчастнаго случая и быстро исчезаетъ (аналогично тому, что бываетъ при уколѣ Claude-Bernard'a), однако, описаны и несомнѣнные случаи поздняго травматическаго діабета.

Приведу (въ краткой передачѣ E. Frank'a) одно рѣшеніе Имперскаго страхового бюро отъ 25 окт. 1907 г.

Водопроводчикъ Н., 57 лѣтъ, упалъ въ декабрѣ 1905 г. въ колодецъ глубиною въ 1½ метра и ударился затылкомъ и крестцовой областью объ желѣзную трубу. Только «на мгновеніе» онъ потерялъ сознаніе и могъ безъ посторонней помощи выбраться изъ колодца. Въ продолженіе многихъ мѣсяцевъ послѣ того онъ безпрерывно работалъ, но продолжалъ лечиться отъ болей въ поясницѣ. Въ виду этого ему была назначена рента въ 15%. Онъ подалъ жалобу, указывая на то, что, кромѣ ревматическихъ болей, слѣдствіемъ несчастнаго случая была еще и сахарная болѣзнь. Экспертиза высшей инстанціи, данная проф. L., въ главныхъ чертахъ опиралась на воззрѣнія проф. v. Noorden'a: «K. v. Noorden—сказано въ экспертизѣ,—одинъ изъ первыхъ авторитетовъ въ области сахарной болѣзни, въ послѣднемъ изданіи своей книги «Сахарная болѣзнь» высказывается о случаяхъ, подобныхъ настоящему, въ томъ смыслѣ, что здѣсь долженъ быть съ увѣренностью поставленъ діагнозъ травматическаго діабета, даже если въ первые мѣсяцы или даже годы послѣ несчастнаго случая не было произведено изслѣдованія мочи». Что сахарная болѣзнь можетъ развиться не только послѣ поврежденія головного мозга, но и послѣ общаго сотрясенія тѣла, это доказано многочисленными врачебными наблюденіями (Naunyn). K. v. Noorden категорически утверждаетъ, что тяжесть несчастнаго случая («интенсивность травмы») не должна играть роли при рѣшеніи вопроса. Такимъ образомъ сахарную болѣзнь у Н. нужно считать слѣдствіемъ несчастнаго случая; ей нужно приписать часть тѣхъ разстройствъ, на которыя жалуется потерпѣвшій, какъ-то: импотенцію, чувство общей слабости, а, можетъ быть, и боли въ мускулатурѣ спины. Сахарная болѣзнь понижаетъ работоспособность Н. на 30%.—На основаніи этой экспертизы Имперское страховое бюро признало доказанной причинную связь между сахарной болѣзнью и несчастнымъ случаемъ и обязало промысловое товарищество выдавать пострадавшему частичную ренту въ 50%, другими словами, 30% его заработка.

Чаще ухудшеніе діабета послѣ травмы заключается въ превращеніи легкой формы въ тяжелую или въ появленіи какого-либо осложненія, зависящаго отъ травмы. Въ другихъ случаяхъ не травма ухудшаетъ діабетъ, а, наоборотъ, діабетъ оказываетъ неблагопріятное вліяніе на непосредственные результаты поврежденія—на теченіе раны.

Очень интересно одно недавно (1907) состоявшееся рѣшеніе Имперскаго страхового бюро въ Германіи,—рѣшеніе, въ которомъ признается причинная связь между несахарнымъ діабетомъ и сотрясеніемъ мозга, имѣвшимъ мѣсто за нѣсколько лѣтъ до заболѣванія.

Истица, занимавшаяся разноской газетъ, 29 ноября 1899 г., когда она выносила газету изъ машиннаго помѣщенія, упала въ подвалъ и сильно ушибла грудную клѣтку. Несчастный случай, повидимому, не имѣлъ тяжелыхъ послѣдствій. Согласно экспертизѣ лечившаго ее врача, д-ра St. въ К., отъ 9-го іюня 1906 г. она была признана работоспособной и не нуждающейся въ дальнѣйшемъ леченіи уже 12 декабря 1899 г. Другой экспертъ д-ръ R. въ К., много разъ ви-

дѣвшій истицу въ ближайшіе годы, утверждаетъ въ своей экспертизѣ отъ 6-го іюля 1906 г., что она во все это время не жаловалась ни на какія разстройства. Только въ 1904 г. у нея, по словамъ д-ра R., появилась постоянная жажда. Съ 27-го ноября по 27-го декабря 1904 г. она лечилась въ городской больницѣ въ К. отъ начинающейся сахарной болѣзни. Съ этого времени жажда и головокруженія становились все сильнѣе. Съ 12-го дек. 1905 г. она находилась подъ наблюденіемъ д-ра W. въ К., какъ это видно изъ экспертизы этого послѣдняго отъ 13-го янв. 1906 г. Д-ръ W. относитъ настоящую болѣзнь истицы на счетъ происшедшаго ранѣе несчастнаго случая. Сама истица заявляетъ, что о связи ея болѣзни съ несчастнымъ случаемъ она узнала только въ февралѣ 1906 г. отъ д-ра W. Предыдущія инстанціи отказали въ просьбѣ истицы въ виду того, что ею пропущена давность. Но Имперское страховое бюро не нашло возможнымъ присоединиться къ такому мнѣнію. Въ первые 2 года послѣ несчастнаго случая работоспособность истицы не была понижена замѣтнымъ образомъ; послѣ того она долгое время не знала о связи своей болѣзни съ несчастнымъ случаемъ. Только 12-го дек. 1905 г. она, вслѣдствіе все усиливавшейся жажды и увеличивавшагося отдѣленія мочи, обратилась къ д-ру W.—и это самая ранняя дата, когда она могла получить нѣкоторое представленіе о причинной связи своей болѣзни съ несчастнымъ случаемъ. Въ документахъ нѣтъ никакихъ данныхъ въ пользу того, чтобы это представленіе существовало у нея раньше; въ противномъ случаѣ она заявила бы свои права на вознагражденіе значительно раньше.

По вопросу о причинной зависимости между имѣющейся у истицы болѣзнью и несчастнымъ случаемъ Имперское страховое бюро стало на ту точку зрѣнія, которую развилъ въ своей подробной и убѣдительной экспертизѣ проф. Н. Этотъ экспертъ, такъ же, какъ и д-ра W. и St., пришелъ къ выводу, что болѣзнь истицы съ очень большой вѣроятностью можетъ быть приписана несчастному случаю, такъ какъ опытъ показываетъ, что сотрясеніе мозга часто вызываетъ то заболѣваніе, которое имѣется у истицы—именно несахарное мочеизнуреніе, и такъ какъ въ данномъ случаѣ нѣтъ основаній приписать усиленную жажду истеріи.

Такъ какъ о возможности ухудшенія артеріосклероза и его послѣдствій (поздней апоплексіи), перитифлита, болѣзней сердца, функціональныхъ неврозовъ, опухолей и различныхъ формъ туберкулеза мы уже говорили выше, то здѣсь для иллюстраціи этой, еще не вполнѣ разработанной въ наукѣ главы, я приведу одно рѣшеніе третейскаго суда Нижне-Австрійскаго страхового учрежденія,— рѣшеніе, которое имѣетъ извѣстное принципіальное значеніе.

Фабричный рабочій К. Р. подвергся 16-го янв. 1893 г. несчастному случаю, во время котораго, какъ это выяснилось изъ свидѣтельскихъ показаній, онъ получилъ переломъ обѣихъ голеней причемъ на лѣвой голени осколки кости прорвали кожу. Въ тотъ же день пострадавшій былъ доставленъ въ больницу, гдѣ онъ 7-го мая 1893 г. умеръ отъ туберкулеза легкихъ. Мать пострадавшаго заявила требованіе на вознагражденіе за смерть сына, бывшаго единственнымъ кормильцемъ ея, въ виду того, что, по ея мнѣнію, смерть находилась въ причинной зависимости отъ несчастнаго случая; она требовала уплаты похоронныхъ денегъ и выдачи 20% ренты. Нижне-Австрійское страховое учрежденіе, напротивъ, полагало, что причина смерти не стояла ни въ какой связи съ несчастнымъ случаемъ и въ рентѣ отказало. Показаніями свидѣтелей и врачей было установлено, что К. Р. уже до 16-го янв. 1893 г. страдалъ туберкулезомъ. Такъ какъ К. Р. умеръ отъ туберкулеза легкихъ, то прежде всего необходимо рѣшить вопросъ, находилась ли его смерть въ причинной зависимости отъ несчастнаго случая 16-го янв. 1893 г., ибо если такая зависимость существовала, то можно сдѣлать выводъ, что смерть явилась слѣдствіемъ несчастнаго случая. Судъ, на основаніи разбора дѣла, призналъ, что такая зависимость дѣйствительно была; въ самомъ дѣлѣ, разъ пострадавшій работалъ до самаго несчастнаго случая, то очевидно, что туберкулезъ, которымъ онъ страдалъ, не служилъ для него существеннымъ препятствіемъ для исполненія своихъ обязанностей. Выслушанные судомъ эксперты всѣ единодушно высказали тотъ взглядъ, что тяжелыя поврежденія, которыя получилъ К. Р. во время несчастнаго случая, значительно ухудшили теченіе туберкулеза и такимъ образомъ ускорили смертельный исходъ его. Слѣдовательно, хотя К. Р. и умеръ отъ легочнаго туберкулеза, но все-таки смерть его косвенно зависѣла отъ послѣдствій несчастнаго случая, такъ какъ послѣдній далъ толчокъ къ обостренію медленно про-

текавшей до того болѣзни и перевелъ ее въ критическую стадію, которая закончилась смертью. Въ виду изложеннаго мать пострадавшаго имѣетъ право на установленное закономъ вознагражденіе, такъ какъ страховое учрежденіе признаетъ, что умершій былъ единственнымъ кормильцемъ истицы.

Тѣ моменты, которыми приходится руководиться при установленіи зависимости между несчастнымъ случаемъ и болѣзнью, и о которыхъ мы уже неоднократно говорили на предыдущихъ страницахъ, именно: характеръ несчастнаго случая, степень подѣйствовавшей на организмъ травмы, состояніе здоровья пострадавшаго до и послѣ несчастнаго случая, локализація травмы и промежутокъ времени между несчастнымъ случаемъ и появленіемъ болѣзни (Dittrich)—имѣютъ очень важное значеніе и для рѣшенія вопроса о связи между травмой и смертью. И если Dittrich требуетъ, чтобы въ случаѣ смерти пострадавшаго по возможности производилось вскрытіе, то съ нимъ безусловно согласится всякій, кто знаетъ тѣ трудности, съ которыми связана экспертиза, когда смерть слѣдуетъ вскорѣ за поврежденіемъ. Трудности эти возростаютъ еще въ тѣхъ случаяхъ, когда между травмой и смертью прошло болѣе или менѣе продолжительное время, и особенно, когда несчастный случай является только одной изъ многихъ причинъ развившагося послѣ травмы заболѣванія, какъ это бываетъ, если несчастному случаю подвергся уже больной рабочій.

Orth въ докладѣ, прочитанномъ въ 1898 г. въ Имперскомъ страховомъ бюро въ Германіи, высказывается также за необходимость пополненія исторіи болѣзни протоколомъ вскрытія. Онъ говоритъ:

«Къ сожалѣнію, вскрытія производятся все еще недостаточно часто и постоянно еще встрѣчаются случаи, гдѣ, несмотря на то, что заранѣе можно предвидѣть, что предстоитъ процессъ о выдачѣ ренты, врачи все-таки недостаточно энергично настаиваютъ на производствѣ вскрытія или родственники умершаго не даютъ необходимаго разрѣшенія. На этотъ пунктъ я считаю особенно необходимымъ обратить вниманіе властей. Вскрытія нужно энергично требовать вездѣ, гдѣ это только возможно, въ особенности же необходимо, по моему мнѣнію, оказывать давленіе на родственниковъ, угрожая тѣмъ, что отказъ въ разрѣшеніи произвести вскрытіе повредитъ ихъ интересамъ. Какими средствами вообще можно оказать давленіе на родственниковъ—это должно рѣшить правительство. Врачи же, съ своей стороны—говорю это на основаніи собственнаго опыта—могутъ и должны лишь заявить, что отказъ въ разрѣшеніи на производство вскрытія на практикѣ встрѣчается нерѣдко и что такого рода отказъ можетъ чрезвычайно затруднить оцѣнку соотвѣтствующаго случая.

Само собою разумѣется, что вскрытіе имѣетъ цѣну только въ томъ случаѣ, если оно производится съ полнымъ знаніемъ дѣла и удовлетворяетъ техническимъ требованіямъ, и если протоколъ его содержитъ въ себѣ ясное и полное изложеніе результатовъ произведеннаго изслѣдованія, такъ чтобы впослѣдствіи читатель на основаніи протокола могъ составить себѣ вѣрную картину найденныхъ при вскрытіи измѣненій и выяснить себѣ всѣ наиболѣе важные вопросы. Но какіе именно вопросы имѣютъ важное значеніе, это зависитъ отъ характера каждаго отдѣльнаго случая; вскрытіе и составленіе протокола не должны производиться по шаблону, схематически, напротивъ, здѣсь необходимо индивидуализировать, при-

нимать во вниманіе особенности даннаго случая и вытекающіе изъ этихъ особенностей спеціальные вопросы. Конечно, желательно и даже необходимо, чтобы всякое вскрытіе производилось по опредѣленной общей схемѣ, но эта схема должна давать только внѣшнія рамки, содержаніе же должно соотвѣтствовать особенностямъ каждаго отдѣльнаго случая».

Едва ли нужно особо подчеркивать, что необходимой составной частью вскрытія должно быть микроскопическое изслѣдованіе. Нерѣдко только бактеріологическое изслѣдованіе даетъ возможность распознать сепсисъ послѣ травмы. Точно также только бактеріологическимъ путемъ можно дифференцировать бактеріи, что имѣетъ иногда судебно-медицинское значеніе: такъ, Orth сообщаетъ одинъ случай, гдѣ послѣ рожи развился сепсисъ и гдѣ нельзя было рѣшить, произошла ли рожа отъ раны, полученной при поврежденіи, или отъ имѣвшагося одновременно фурункула. Въ подобномъ случаѣ наличность стрептококковъ въ крови трупа говоритъ за развитіе рожи отъ раны, наличность же большого количества стафилококковъ дѣлаетъ вѣроятнымъ, что причиной рожи, сепсиса и смерти былъ фурункулъ.

IX Лекція [1]).

Травматическія заболѣванія ушей и глазъ.

Изъ всѣхъ травматическихъ болѣзней органа слуха наименьшее значеніе въ отношеніи экспертизы имѣютъ поврежденія ушной раковины. Если такое поврежденіе не сопровождается инфекціей раны, то послѣдствія его могутъ имѣть только косметическое значеніе: такихъ послѣдствій, которыя бы обусловливали стойкое пониженіе работоспособности, здѣсь не наблюдается. Временная неработоспособность возникаетъ чаще всего вслѣдствіе перихондрита или гематомы. Прежнее воззрѣніе будто гематома ушной раковины можетъ возникнуть и безъ травмы, на почвѣ особенной ломкости хрящей, нужно считать ошибочнымъ. Въ основѣ всякой гематомы лежитъ травматическій переломъ хряща раковины.

Изолированныя поврежденія наружнаго слухового прохода встрѣчаются рѣдко. Практическое значеніе имѣетъ зарощеніе или съуженіе прохода, развивающееся чаще всего послѣ термическихъ или химическихъ ожоговъ. Между травмой и развитіемъ съуженія проходитъ иногда довольно продолжительное время. Зарощеніе слухового прохода вызываетъ пониженіе слуха, иногда шумъ въ ушахъ. При стенозахъ образуются сѣрныя пробки, экзема слухового прохода, иногда холестеатома. Стенозъ лучше всего устраняется оперативнымъ путемъ: бужированіе, электролизъ и пр. не приводятъ къ цѣли.

Сравнительно часто изолированное поврежденіе наружнаго слухового прохода наблюдается при травмѣ нижней челюсти. При паденіи на подбородокъ или ушибѣ его (напр. при ударѣ копытомъ) суставной отростокъ нижней челюсти съ одной или даже съ обѣихъ сторонъ проламываетъ переднюю стѣнку костной части слухового прохода и проникаетъ въ него. Въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ такимъ образомъ пострадать и противоположная стѣнка прохода. Если при этомъ разрывается кожа слухового прохода, то наступаетъ значительное ушное кровотеченіе. Въ такихъ случаяхъ діагнозъ не труденъ. Если кожа остается неповрежденной, тогда діагнозъ значительно труднѣе. Въ результатѣ описаннаго поврежденія остается стенозъ. Само собой разумѣется, что во всѣхъ такихъ случаяхъ необходимо убѣдиться, что одновременно съ наружнымъ ухомъ не пострадали барабанная перепонка и внутреннее ухо.

---

[1]) Эта глава представляетъ дополненіе къ книгѣ Bum'a и составлена нами по руководству Thiem'a (Handbuch der Unfallerkrankungen. 2-е изд. 1910 г.). Глава о травматическихъ болѣзняхъ ушей написана въ книгѣ Thiem'a проф. A. Passow'омъ, о болѣзняхъ глазъ — д-ромъ Ehrenfried Cramer'омъ. Само собой разумѣется, что мы можемъ здѣсь передать содержаніе обѣихъ этихъ главъ въ самомъ сжатомъ видѣ.

Прим. перев.

Чаще всего эксперту-отіатру приходится имѣть дѣло съ поврежденіями барабанной перепонки. Эти поврежденія и сами по себѣ имѣютъ большое практическое значеніе, такъ какъ непосредственно понижаютъ слухъ, но кромѣ того они могутъ косвенно вести къ заболѣванію средняго уха со всѣми его послѣдствіями.

Поврежденія барабанной перепонки возникаютъ какъ при непосредственной травмѣ ея, такъ и косвеннымъ путемъ — при сотрясеніи головы и рѣзкомъ измѣненіи давленія въ наружномъ слуховомъ проходѣ.

Непосредственное поврежденіе барабанной перепонки есть чаще всего результатъ различныхъ неосторожныхъ манипуляцій въ ухѣ при извлеченіи инородныхъ тѣлъ, ковыряніи уха и пр. Здѣсь рѣдко приходится имѣть дѣло съ профессіональными несчастными случаями. Таковые наблюдаются иногда у сельско-хозяйственныхъ и лѣсныхъ рабочихъ при попаданіи въ ухо соломы, вѣтки дерева и пр.

Косвенное поврежденіе барабанной перепонки обусловливается главнымъ образомъ двумя причинами — ударомъ въ ухо и сильнымъ звукомъ (напр. при взрывѣ, стрѣльбѣ). Въ рѣдкихъ случаяхъ причиной разрыва барабанной перепонки можетъ быть кашель и чиханіе.

Діагнозъ разрыва барабанной перепонки не представляетъ трудности для человѣка, владѣющаго ушнымъ зеркаломъ. Иногда, впрочемъ, при небольшихъ разрывахъ, помѣщающихся у самой рукоятки и покрытыхъ сгустками крови, діагнозъ несовсѣмъ легокъ. Само собой разумѣется, что ни промывать ухо, ни прибѣгать къ продуванію по Politzer'у для облегченія діагноза недопустимо. Да въ судебно-медицинскомъ отношеніи и не требуется установить именно фактъ прободенія барабанной перепонки. Разъ установлено вообще поврежденіе перепонки, — а въ пользу этого говоритъ кровотеченіе изъ уха при отсутствіи воспалительныхъ явленій, — то этого уже достаточно для оцѣнки дальнѣйшаго теченія болѣзни. Если затѣмъ наступитъ нагноеніе, то отсюда можно будетъ съ увѣренностью заключить, что имѣло мѣсто прободеніе.

Очень важно, чтобы послѣ каждой травмы, могущей повлечь за собой поврежденіе барабанной перепонки, послѣдняя была немедленно же изслѣдована. Если такое изслѣдованіе своевременно не произведено и затѣмъ развилось нагноеніе средняго уха, то уже невозможно рѣшить, вызвано ли нагноеніе перфораціей или, наоборотъ, перфорація нагноеніемъ.

Изъ травматическихъ заболѣваній барабанной полости наибольшее практическое значеніе имѣютъ два — поврежденіе слуховыхъ косточекъ и кровоизліяніе. Оба заболѣванія возникаютъ при тѣхъ же условіяхъ, какъ прободеніе барабанной перепонки, т. е. какъ при непосредственныхъ, такъ и при косвенныхъ травмахъ. Вывихъ и переломъ слуховыхъ косточекъ понижаютъ слухъ, а иногда вызываютъ очень мучительный шумъ въ ушахъ. Haematotympanon возникаетъ въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе травмы черепа въ слизистой оболочкѣ барабанной полости разрывается кровеносный сосудъ, причемъ барабанная перепонка остается неповрежденной. Накопленіе крови въ барабанной полости нерѣдко сопутствуетъ переломамъ основанія черепа, почему и требуется въ такихъ случаяхъ тщательно изслѣдовать больного на мозговые симптомы. Въ благопріят-

ныхъ случаяхъ кровь при haematotympanon разсасывается безслѣдно. Иногда она, однако, остается надолго — пока не будетъ удалена оперативно.

Поврежденія сосцевиднаго отростка встрѣчаются обыкновенно рядомъ съ поврежденіемъ другихъ частей уха или черепа и потому не имѣютъ самостоятельнаго судебно-медицинскаго значенія.

То же можно сказать и объ Евстахіевыхъ трубахъ. Нужно только замѣтить, что послѣ поврежденія Евстахіевыхъ трубъ остается обыкновенно срощеніе или стенозъ ихъ, что влечетъ за собой разстройство слуха.

При поврежденіи лабиринта мы имѣемъ дѣло либо съ разстройствомъ слуха, либо съ разстройствомъ равновѣсія, либо съ тѣмъ и другимъ одновременно. Непосредственная травма лабиринта встрѣчается главнымъ образомъ при огнестрѣльныхъ и колотыхъ ранахъ черепа; при профессіональныхъ несчастныхъ случаяхъ такая травма представляетъ рѣдкость. Впрочемъ иногда при проникновеніи какого либо остроконечнаго предмета въ слуховой проходъ происходитъ поврежденіе лабиринта, если острый конецъ, пройдя барабанную перепонку, повредитъ овальное окно. Такіе случаи, какъ уже указано выше, могутъ встрѣчаться у сельско-хозяйственныхъ и лѣсныхъ рабочихъ, а въ видѣ рѣдкости и при всякой другой работѣ. Такая травма сопровождается такъ назыв. Menière'овскимъ симптомокомплексомъ (головокруженіе, рвота, тугоухость, шумъ въ ушахъ). Если установлено выдѣленіе изъ уха цереброспинальной жидкости, то діагнозъ не представляетъ затрудненій. Въ дальнѣйшемъ описанное поврежденіе лабиринта можетъ дать гнойное воспаленіе средняго и внутренняго уха. Во всякомъ случаѣ пониженіе слуха остается стойкимъ.

Гораздо большее значеніе для экспертизы несчастныхъ случаевъ имѣютъ косвенныя поврежденія лабиринта. Прежде всего они встрѣчаются при переломахъ основанія черепа. Кровотеченіе изъ уха, выдѣленіе цереброспинальной жидкости, накопленіе крови въ барабанной полости—вотъ признаки, которые заставляютъ предполагать переломъ пирамидальной кости и поврежденіе лабиринта. Изслѣдованіе слуха обыкновенно вначалѣ невозможно вслѣдствіе безсознательнаго состоянія больныхъ. Если больные выздоравливаютъ отъ перелома черепа, то все-таки слухъ въ поврежденномъ ухѣ остается потеряннымъ. Напротивъ, разстройство равновѣсія нерѣдко исчезаетъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это разстройство упорно держится, можно предположить еще поврежденіе мозжечка.

Наиболѣе частую форму травматическаго заболѣванія лабиринта представляетъ сотрясеніе его въ зависимости отъ травмы головы, сотрясенія всего тѣла или сильныхъ звуковъ. При какихъ именно условіяхъ происходитъ поврежденіе лабиринта—этого мы въ точности не знаемъ. Иногда очень сильная травма оставляетъ его неповрежденнымъ, а иногда и легкая травма сопровождается сотрясеніемъ его. Поврежденіе лабиринта даетъ ослабленіе слуха, шумъ въ ушахъ, разстройство равновѣсія, головокруженіе, часто нистагмъ и рвотныя явленія. Въ дальнѣйшемъ теченіи слабость слуха обыкновенно прогрессируетъ, шумъ въ ушахъ исчезаетъ только вмѣстѣ съ наступленіемъ полной глухоты. Леченіе травматическихъ пораженій лабиринта совершенно безсильно.

Громадный интересъ для экспертизы представляетъ вопросъ о томъ, можетъ ли возникнуть подъ вліяніемъ травмы **отосклерозъ**? Если не называть этимъ терминомъ,—какъ это нерѣдко дѣлается,—самыя различныя болѣзни—и заболѣванія ушныхъ нервовъ, и старое излеченное воспаленіе средняго уха, и катарръ, распространяющійся со слизистой оболочки трубы, тогда на поставленный вопросъ нужно отвѣтить отрицательно. Отосклерозъ это своеобразная хроническая болѣзнь, развивающаяся чаще всего на почвѣ наслѣдственнаго предрасположенія. Трудно было бы понять, какимъ образомъ можетъ травма вызвать такую болѣзнь. Но опытъ показываетъ, что послѣ несчастныхъ случаевъ существующій уже отосклерозъ начинаетъ быстрѣе прогрессировать. Такимъ образомъ травматическое ухудшеніе отосклероза нужно считать явленіемъ вполнѣ возможнымъ.

Какъ и въ другихъ частяхъ тѣла, несчастные случаи нерѣдко вызываютъ и въ органѣ слуха **неврастеническія или истерическія разстройства**. При этомъ наблюдаются тѣ же явленія, какъ и при поврежденіи лабиринта: тугоухость, глухота, шумъ въ ушахъ, головокруженіе, разстройство равновѣсія. При изслѣдованіи слуха почти всегда находятъ пониженіе верхней звуковой границы и укороченіе костной проводимости. Чтобы отличить такое заболѣваніе отъ органическаго, требуется повторное изслѣдованіе, при которомъ выясняется характерный признакъ функціональныхъ разстройствъ—колебаніе ихъ интенсивности въ различное время. Само собой разумѣется, что и функціональное пониженіе слуха, разъ оно несомнѣнно установлено и оказывается стойкимъ, имѣетъ въ отношеніи вознагражденія то же значеніе, что и органическое. Но только необходимо, во-первыхъ, путемъ многократныхъ изслѣдованій убѣдиться, что пониженіе слуха остается стаціонарнымъ, и, во-вторыхъ, исключить симуляцію [1]).

* * *

Поврежденіе **глазной впадины** острыми предметами рѣдко встрѣчаются при профессіональныхъ несчастныхъ случаяхъ. Напротивъ тупыя поврежденія встрѣчаются довольно часто, особенно у сельскохозяйственныхъ рабочихъ (ударъ копытомъ). Иногда наружныя части глазной впадины страдаютъ сравнительно мало, и тѣмъ не менѣе имѣется переломъ верхней или нижней стѣнки или трещина въ области canalis opticus, сопровождающаяся сдавленіемъ зрительнаго нерва съ послѣдующей его атрофіей. Такіе случаи имѣютъ, конечно, очень рѣзкую клиническую картину. Но бываютъ иногда случаи, когда послѣ сравнительно незначительной травмы паціентъ не обнаруживаетъ никакихъ явленій со стороны глаза, а затѣмъ начинаетъ медленно обнаруживаться атрофія зрительнаго нерва на поврежденой сторонѣ. Къ числу рѣдкихъ послѣдствій тупыхъ травмъ глазной впадины нужно отнести пульсирующій exophthalmus (вслѣдствіе образованія сообщенія между разорванной сонной артеріей и sinus cavernosus) и трофо-нейротическій enophthalmus (исчезновеніе клѣтчатки глазной впадины, и параличъ musculus orbitalis.

---

[1]) Въ упомянутой уже нами выше книгѣ Becker'а «Симуляція болѣзней и ея опредѣленіе» имѣются подробныя указанія относительно дифференціальнаго діагноза между симуляціей и функціональными заболѣваніями органа слуха.

Вѣки травматизируются при работѣ довольно часто. Очень тяжелое поврежденіе этого рода представляетъ полное отдѣленіе внутренняго края вѣка отъ мѣста прикрѣпленія его къ носовой кости; причиной его можетъ быть попаданіе въ глазъ какого-либо остраго предмета, напр. выскочившаго челнока при работѣ на ткацкомъ станкѣ. Послѣдствіемъ такого поврежденія бываетъ иногда постоянное слезотеченіе, которое въ концѣ-концовъ можетъ даже потребовать полнаго удаленія слезной железы. При поврежденіи соединительной оболочки вѣка одновременно съ соединительной оболочкой глазного яблока нужно опасаться срощенія обѣихъ оболочекъ. Наиболѣе важную въ практическомъ отношеніи категорію травматическихъ заболѣваній вѣкъ представляетъ проникновеніе подъ верхнее вѣко инородныхъ тѣлъ. Если инородное тѣло лежитъ подъ хрящемъ вѣка, то оно легко діагносцируется и легко удаляется при простомъ выворотѣ вѣка. Нужно, однако, знать, что иногда тѣла проникаютъ дальше, вглубь переходной складки, гдѣ они нерѣдко совершенно закрываются припухшей слизистой оболочкой. Такого рода несчастные случаи особенно часты у рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ зерномъ. При подозрѣніи о присутствіи въ переходной складкѣ посторонняго тѣла нужно зайти туда тупымъ пинцетомъ и постараться удалить его.—Поврежденіе вѣкъ тупымъ предметомъ даетъ обыкновенно хорошее предсказаніе. Только когда вѣко сильно размозжено, возможна гангрена его. Параличъ мышцы, поднимающей вѣко, въ большинствѣ случаевъ быстро проходитъ. Если онъ оказывается упорнымъ, то, очевидно, имѣется еще поврежденіе глазной впадины.

При пораненіяхъ **глазного яблока** угрожаетъ не только потеря зрѣнія на потерпѣвшемъ глазу, но и полная слѣпота на оба глаза вслѣдствіе симпатическаго воспаленія здороваго глаза. Въ виду этого въ прежнее время въ такихъ случаяхъ очень широко практиковалась энуклеація поврежденнаго глаза. Въ настоящее время благодаря успѣхамъ асептики можно во многихъ случаяхъ обойтись безъ этой обезображивающей операціи. Само собой понятно, что ношеніе искусственнаго глаза, вызывающаго раздраженіе вѣкъ и постоянное выдѣленіе секрета изъ глаза, еще болѣе понижаетъ работоспособность пострадавшаго, чѣмъ простая потеря зрѣнія на одинъ глазъ съ сохраненіемъ поврежденнаго органа. Но такъ какъ консервативное леченіе при поврежденіяхъ глазного яблока все-таки связано съ рискомъ полной слѣпоты, то въ такихъ случаяхъ необходимо дѣйствовать съ величайшей осторожностью, чтобы не навлечь на себя тяжелыхъ обвиненій.

Ушибъ глазного яблока (травма тупымъ предметомъ) даетъ иногда временное пониженіе внутриглазного давленія вслѣдствіе перемѣщенія впередъ всѣхъ преломляющихъ средъ. Это явленіе сопровождается близорукостью. Подъ давящей повязкой такая травматическая близорукость исчезаетъ въ 5—6 дней. Гораздо чаще травма ведетъ къ повышенію давленія, которое можетъ имѣть для глаза гораздо болѣе серьезное значеніе. Механизмъ, лежащій въ основѣ травматической глаукомы, еще окончательно не выясненъ. Нѣкоторые авторы считаютъ причиной повышенія давленія параличъ кровеносныхъ сосудовъ глаза, другіе—измѣненіе рѣсничнаго тѣла и затрудненіе оттока жидкости, вслѣдствіе поврежденія Schlemm'ова канала. Глаукома можетъ развиться тотчасъ же послѣ травмы, чаще, однако, она развивается спустя нѣкоторое время. Описаны случаи, когда ти-

ничная острая главкома развивалась послѣ какой-либо крайне незначительной травмы глаза. Въ этихъ случаяхъ необходимо предположить особое предрасположеніе къ главкомѣ и смотрѣть на травму только какъ на послѣдній толчокъ къ развитію болѣзни. Кромѣ главкомы результатомъ травмы глаза можетъ быть неподвижность зрачка и кровотеченіе въ переднюю камеру. Послѣднее важно главнымъ образомъ въ томъ отношеніи, что затрудняетъ осмотръ сзади лежащихъ частей глаза. Поэтому въ такихъ случаяхъ необходимо быть осторожнымъ съ предсказаніемъ.

Поврежденія склеры острымъ предметомъ могутъ имѣть серьезныя послѣдствія для глаза. Если рана помѣщается близко къ рѣсничному тѣлу, то можетъ возникнуть иридоциклитъ, къ которому затѣмъ можетъ присоединиться симпатическое воспаленіе другого глаза. Затѣмъ раны съ неровными краями, въ особенности послѣ тупыхъ травмъ, ведутъ нерѣдко къ образованію стафиломъ. При всякомъ пораненіи склеры необходимо также убѣдиться, что въ ранѣ не осталось инороднаго тѣла. Для этого слѣдуетъ тщательно выяснить механизмъ травмы и осмотрѣть предметъ, которымъ нанесена рана. Если существуетъ подозрѣніе, что въ глазъ проникло инородное тѣло, необходимо прибѣгнуть къ рентгеновскому изслѣдованію.

Изъ всѣхъ травматическихъ болѣзней глаза эксперту чаще всего приходится имѣть дѣло съ поврежденіями роговицы. Среди этихъ поврежденій первое мѣсто по частотѣ занимаетъ попаданіе въ роговую оболочку инородныхъ тѣлъ—обыкновенно металлическихъ осколковъ. При быстромъ удаленіи осколка и при соблюденіи всѣхъ предосторожностей противъ инфекціи такіе случаи протекаютъ благопріятно. Однако на мѣстѣ внѣдренія осколка всегда остается рубецъ. Если имѣется только одинъ рубецъ и если онъ помѣщается въ периферической части роговицы, то зрѣніе при этомъ не страдаетъ. Напротивъ, если рубецъ помѣщается въ области зрачка или если рубцовъ много, то зрѣніе понижается и соотвѣтственно съ этимъ падаетъ работоспособность пострадавшаго.

Относительно поверхностныхъ пораненій роговицы можно сказать то же, что и относительно инородныхъ тѣлъ. Пораненія съ гладкими краями заживаютъ иногда безъ всякихъ слѣдовъ. Чаще остаются рубцы. При инфекціи раны могутъ возникнуть обширныя помутнѣнія роговицы.

Нѣкоторыми наблюдателями отмѣчено, что у субъектовъ, страдающихъ туберкулезомъ и сифилисомъ, даже поверхностное пораненіе ведетъ иногда къ развитію паренхиматознаго кератита, и притомъ не только на пострадавшемъ глазу, но и на другомъ, не подвергшемся травмѣ. По аналогіи съ другими частями тѣла, относительно которыхъ мы знаемъ, что при наличности туберкулезнаго или сифилитическаго предрасположенія даже легкая травма можетъ вызвать мѣстный процессъ специфическаго характера, нужно думать, что и на глазу вполнѣ возможно такое же явленіе. Однако распространеніе процесса на неповрежденный глазъ теоретически необъяснимо, такъ что нѣкоторые авторы даже сомнѣваются въ существованіи подобныхъ случаевъ.

При проникающихъ ранахъ роговицы наибольшую опасность представляетъ выпаденіе радужной оболочки. Ничто такъ не способствуетъ инфекціи глаза съ послѣдующимъ развитіемъ симпатической офтальміи, какъ такое выпаденіе. Роль врача, оказывающаго первую по-

мощь при такихъ пораненіяхъ, чрезвычайно отвѣтственна. Умѣлое манипулированіе средствами съуживающими и расширяющими зрачекъ, въ крайнемъ случаѣ механическое вправленіе выпавшей оболочки по большей части устраняетъ опасность.

Изъ различныхъ инфекцій, присоединяющихся къ пораненію роговицы, особенное значеніе имѣетъ инфекція пневмококками, вызывающая ulcus serpens. Въ виду тяжелаго теченія такой язвы, распространяющейся съ каждымъ днемъ на новыя части роговицы и могущей въ теченіе нѣсколькихъ дней повести къ полной потерѣ зрѣнія, необходимо самое энергичное вмѣшательство специалиста. Не останавливаясь здѣсь на методахъ леченія ulcus serpens, укажемъ только, что въ послѣднее время сдѣланы не безуспѣшныя попытки примѣненія специфической сыворотки.

Своеобразное заболѣваніе роговицы наблюдается иногда на почвѣ тупыхъ поврежденій, это—пропитываніе всей роговицы кровью. Въ дальнѣйшемъ теченіи роговица послѣдовательно мѣняетъ свои цвѣта приблизительно такъ же, какъ обыкновенный кровоподтекъ, причемъ периферическія части проясняются быстрѣе, чѣмъ центральныя. Въ концѣ-концовъ въ центрѣ роговицы остается овальное помутнѣніе, покрытое нормальнымъ эпителіемъ.

Какъ рѣдкость, нужно упомянуть случаи, гдѣ послѣ тупой травмы роговицы развивается острый астигматизмъ—при отсутствіи всякихъ воспалительныхъ явленій со стороны роговицы.

При пораненіяхъ роговицы очень легко вовлекается въ болѣзненный процессъ и радужная оболочка. Благодаря обилію въ ней кровеносныхъ сосудовъ она обнаруживаетъ большую склонность къ воспаленію, и иногда даже незначительной инфекціи роговицы достаточно, чтобы появился иритъ. Тяжелые ириты, сопровождающіеся срощеніемъ радужной оболочки съ передней капсулой хрусталика, ведутъ къ глаукомѣ. Иногда къ воспаленію радужной оболочки присоединяется воспаленіе зрительнаго нерва (papillitis). Это осложненіе, какъ доказано въ послѣднее время, обусловливается токсинами, выдѣляющимися изъ глаза черезъ влагалище зрительнаго нерва. Впрочемъ такой papillitis даетъ благопріятное предсказаніе.

Тупыя травмы глаза обусловливаютъ самыя разнообразныя поврежденія радужной оболочки—разрывъ, выпаденіе, воспаленіе, параличъ, полное смѣщеніе. Довольно часто наблюдается отрывъ радужной оболочки отъ рѣсничнаго тѣла (iridodialysis). Если нарушеніе цѣлости занимаетъ значительное пространство, то появляются двойныя изображенія на поврежденномъ глазу. Въ такихъ случаяхъ приходится производить татуировку соотвѣтствующей части роговицы. Что касается выпаденія радужной оболочки, то при тупыхъ травмахъ, въ отличіе отъ острыхъ, наблюдается обыкновенно несоотвѣтствіе между размѣрами выпавшей части и величиной отверстія въ роговицѣ. Описаны случаи, когда вся iris цѣликомъ выпадала черезъ очень небольшую ранку роговицы. Травматическій параличъ радужной оболочки сопровождается обыкновенно параличемъ аккомодаціи и требуетъ ношенія очковъ. Частичное смѣщеніе роговицы имѣетъ такую же картину, какъ искусственная колобома. Значеніе этого поврежденія для зрѣнія зависитъ отъ его мѣстоположенія. При полномъ смѣщеніи получаются тѣ же послѣдствія, какъ и при полномъ выпаденіи радужной оболочки изъ глаза: глазъ лишается

діафрагмы, больной начинаетъ страдать отъ ослѣпленія свѣтомъ и принужденъ носить очень темныя очки. Зрѣніе, конечно, при этомъ понижается.

Пораненіе **хрусталика** острыми предметами даетъ различнаго рода послѣдствія. У молодыхъ лицъ, въ возрастѣ 25—30 лѣтъ, если рана роговицы невелика, а капсула хрусталика, напротивъ, вскрыта на значительномъ разстояніи, хрусталикъ быстро мутнѣетъ, набухаетъ, распадается, распавшіяся массы разсасываются и глазъ остается въ концѣ-концовъ безъ хрусталика. У болѣе пожилыхъ лицъ и въ случаяхъ, когда отверстіе въ капсулѣ хрусталика незначительно, начинаетъ развиваться катаракта—частичная или полная. Если въ хрусталикъ занесена инфекція, въ немъ образуется нарывъ.

Внѣдреніе въ хрусталикъ инородныхъ тѣлъ—напр. металлическихъ стружекъ—не составляетъ рѣдкости. Желѣзныя стружки вызываютъ различнаго рода реактивныя явленія со стороны глаза—поперемѣнное повышеніе и пониженіе внутриглазного давленія, расширеніе зрачка; объясняется это химическимъ раздраженіемъ, которое оказываетъ на глазъ растворяющееся желѣзо. Мѣдныя стружки иногда остаются въ хрусталикѣ безъ всякой реакціи. Однако спустя много лѣтъ возможно внезапное развитіе катаракты. Осколки камня и органическія тѣла вызываютъ абсцессъ въ хрусталикѣ

Тупая травма хрусталика можетъ повести либо къ развитію катаракты, либо къ вывиху хрусталика. Чаще катаракта развивается вслѣдствіе разрыва капсулы, но наблюдаются и чисто-травматическія катаракты безъ всякаго нарушенія цѣлости капсулы. Вывихъ хрусталика можетъ произойти въ любомъ направленіи—въ переднюю камеру, въ стекловидное тѣло и даже подъ склеру. Послѣдній случай даетъ наилучшее предсказаніе и легче всего доступенъ терапіи. Сравнительно хорошо переносится вывихъ хрусталика въ стекловидное тѣло, хотя наблюдаются случаи, когда пребываніе хрусталика въ стекловидномъ тѣлѣ въ концѣ-концовъ вызываетъ иридоциклитъ и даже симпатическое воспаленіе другого глаза. Такимъ образомъ предсказаніе въ этихъ случаяхъ всегда сомнительно. Неполный вывихъ хрусталика и вывихъ въ переднюю камеру влекутъ за собой наиболѣе серьезныя послѣдствія—иридоциклитъ и даже глаукому.

Поврежденія **стекловиднаго тѣла** при острыхъ раненіяхъ глаза обыкновенно связаны съ тяжелыми послѣдствіями. Въ однихъ случаяхъ въ стекловидномъ тѣлѣ образуется абсцессъ, несмотря на то, что всѣ пораженныя ближе лежащія части глаза заживаютъ per primam. Когда распознаваніе поставлено рано,—что далеко не всегда удается,—можно еще иногда спасти глазъ энергичнымъ примѣненіемъ ртути. Въ большинствѣ же случаевъ развивается панофтальмія. Истеченіе стекловиднаго тѣла ведетъ къ потерѣ зрѣнія только въ томъ случаѣ, если вытекло не менѣе $1/3$ всей массы. Такую потерю глазъ пополнить не въ состояніи. Поврежденія, сопровождающіяся кровоизліяніемъ въ стекловидное тѣло, ведутъ къ развитію въ немъ соединительнотканныхъ тяжей, которые не только являются оптическимъ препятствіемъ для зрѣнія, но иногда ведутъ къ отслойкѣ сѣтчатки, механически натягивая ее при рубцеваніи. При проникновеніи въ стекловидное тѣло инородныхъ тѣлъ обыкновенно развивается абсцессъ со всѣми его послѣдствіями.

Пораненіе сѣтчатки встрѣчается чаще всего при внѣдреніи въ глазъ инороднаго тѣла. Діагнозъ не труденъ, если среды прозрачны и инородное тѣло помѣщается въ видимой части сѣтчатки. Въ противномъ случаѣ распознаваніе представляетъ большія трудности. Иногда—отнюдь не всегда—дѣло выясняется при изслѣдованіи сидероскопомъ или рентгеновскими лучами. Иногда инородное тѣло пробуравливаетъ заднюю стѣнку глазного яблока и выходитъ въ орбиту. Послѣдствія поврежденія сѣтчатки главнымъ образомъ зависятъ отъ того, инфецировано ли инородное тѣло или нѣтъ. Раскаленные металлическіе осколки безусловно асептичны, холодные—подозрительны. Осколки камней обыкновенно инфецированы. Значеніе асептическаго пораненія сѣтчатки тѣмъ больше, чѣмъ это пораненіе ближе къ центру. Инфекція ведетъ къ нагноенію вокругъ инороднаго тѣла, а затѣмъ и къ нагноенію всего глаза. Въ такихъ случаяхъ нерѣдко наступаетъ и симпатическое воспаленіе здороваго глаза, и полная потеря зрѣнія.

Если въ сѣтчаткѣ остается асептическій осколокъ, то глазу все-таки грозятъ еще различныя опасности. Желѣзныя осколки даютъ нерѣдко явленія такъ назыв. siderosis (Bunge): радужная оболочка и передняя капсула хрусталика покрываются грязнымъ налетомъ темно-коричневаго и зеленоватаго цвѣта. Кромѣ того продолжительное пребываніе инороднаго тѣла въ сѣтчаткѣ можетъ въ концѣ-концовъ вести къ атрофіи ея нѣжныхъ элементовъ и къ потерѣ зрѣнія. Мѣдные осколки вызываютъ асептическое нагноеніе путемъ химическаго раздраженія.

При тупыхъ травмахъ глаза наблюдаются иногда кровоизліянія въ сѣтчатку. Значеніе такихъ кровоизліяній для зрѣнія зависитъ, во-первыхъ, отъ его размѣровъ, т. е. отъ того, насколько разрушаются палочки и колбочки, а, во-вторыхъ, отъ его мѣстоположенія—т. е. отъ того, насколько оно близко къ центру сѣтчатки. Болѣе серьезное послѣдствіе тупой травмы представляетъ разрывъ сѣтчатки. Обыкновенно такой разрывъ помѣщается какъ-разъ противъ мѣста приложенія внѣшней силы, т. е. преимущественно въ центральныхъ частяхъ сѣтчатки. Энергичнымъ леченіемъ (ртутныя втиранія, потогонныя) можно иногда предупредить грозящее въ такихъ случаяхъ развитіе скотомы и сохранить значительную часть зрѣнія. Въ послѣднее время Haab описалъ особое травматическое заболѣваніе сѣтчатки—именно измѣненіе желтаго пятна. На послѣднемъ сперва появляются пятнышки, затѣмъ все оно пропитывается пигментомъ; въ концѣ-концовъ дѣло можетъ дойти до полной атрофіи элементовъ, причемъ на мѣстѣ желтаго пятна образуется бѣлый, нечувствительный къ свѣту участокъ. Самымъ тяжелымъ поврежденіемъ сѣтчатки при травмѣ нужно считать отслойку ея. Хотя предсказаніе здѣсь нѣсколько лучше, чѣмъ при самостоятельной, нетравматической отслойкѣ, но все-таки въ общемъ оно довольно неблагопріятно.

Въ особую группу травматическихъ болѣзней глаза нужно отнести ожоги—какъ термическіе, такъ и химическіе. При термическихъ ожогахъ глаза можно различать тѣ же три стадіи, какъ и при ожогахъ кожи. При первой степени предсказаніе благопріятно, при второй—сомнительно, при третьей—неблагопріятно. Обычнымъ послѣдствіемъ ожоговъ второй и третьей степени является срощеніе вѣкъ съ глазнымъ яблокомъ или роговицей и дефекты края вѣкъ.

Химическіе ожоги могутъ быть произведены щелочами, кислотами. анилиновыми красками, алькогольными и эфирными жидкостями. Самую частую и важную въ практическомъ отношеніи форму этихъ ожоговъ представляетъ ожогъ известью. Какъ показалъ Andrea, ожогъ здѣсь происходитъ не вслѣдствіе повышенія t° при соединеніи извести съ водой, а вслѣдствіе химическаго воздѣйствія извести на бѣлокъ ткани (образованіе известковаго альбумината). Со времени этого открытія Andrea не только не боятся промывать водой глазъ, засоренный известью, но, напротивъ, рекомендуютъ дѣлать это какъ можно скорѣе. Самымъ частымъ послѣдствіемъ химическихъ ожоговъ является помутнѣніе роговицы. Въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдаются тѣ же послѣдствія, какъ и послѣ термическихъ ожоговъ II и III степени. Къ категоріи ожоговъ нужно отнести и поврежденія глазъ электрическимъ токомъ, а также ослѣпленіе сѣтчатки сильнымъ свѣтомъ, которое встрѣчается у рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ электрическимъ освѣщеніемъ.

Кромѣ заболѣваній глаза, вызываемыхъ непосредственной травмой, наблюдаются и такія поврежденія, которыя зависятъ отъ травмы всего организма или отдаленныхъ органовъ. Такъ, глазъ можетъ заболѣть отъ общей простуды, отъ сотрясенія тѣла, отъ сильныхъ кровотеченій и пр. За недостаткомъ мѣста всѣ эти косвенныя травматическія заболѣванія глазъ не могутъ быть здѣсь разсмотрѣны подробно.

X. Лекція.

Экспертиза при несчастныхъ случаяхъ. — Объективныя данныя. — Врачебное изслѣдованіе пострадавшаго.—Собираніе анамнеза.—Ходъ изслѣдованія.— Схема Miller'а.—Общее изслѣдованіе.—Объективная основа субъективныхъ симптомовъ.—Преувеличеніе и симуляція.—Методы разоблаченія симуляціи.—Боли.—Измѣненія чувствительности.— Разстройства движеній (мышечная слабость, уменьшеніе силы рукопожатія, неподвижность суставовъ, хромота, плоская стопа, дрожаніе).

Теперь мы перейдемъ къ разсмотрѣнію двухъ пунктовъ, которые имѣютъ особо важное значеніе для экспертизы при несчастныхъ случаяхъ. Первый пунктъ это установленіе объективныхъ и субъективныхъ послѣдствій несчастнаго случая; второй—выясненіе того, насколько субъективныя жалобы пострадавшаго подтверждаются найденными у него объективными измѣненіями.

Объективныя данныя получаются нами въ результатѣ изслѣдованія и наблюденія надъ пострадавшимъ, иногда лишь въ результатѣ многократныхъ изслѣдованій. Въ общемъ такое изслѣдованіе, производимое для цѣлей экспертизы, ничѣмъ не отличается отъ обычнаго изслѣдованія больного или человѣка, считающаго себя больнымъ и желающаго узнать наше мнѣніе о состояніи его здоровья. Но въ отдѣльныхъ случаяхъ между тѣмъ и другимъ изслѣдованіемъ существуетъ разница, ибо объекты изслѣдованія въ томъ и другомъ случаѣ отличаются другъ отъ друга. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ человѣкомъ, который приходитъ къ намъ съ полнымъ довѣріемъ и надѣется получить отъ насъ правдивую оцѣнку состоянія его здоровья, въ другомъ—передъ нами пострадавшій при несчастномъ случаѣ, который идетъ къ намъ по требованію страхового учрежденія, отъ котораго въ извѣстной степени зависитъ его матеріальное благополучіе. Въ первомъ случаѣ мы являемся довѣренными врачами самого больного, во второмъ—страхового учрежденія, тамъ насъ избираетъ самъ больной, здѣсь—страховое учрежденіе. Къ страховому же учрежденію пострадавшій a priori относится съ недовѣріемъ, полагая, что оно принимаетъ всѣ мѣры къ тому, чтобы отдѣлаться отъ него возможно дешевле. И это недовѣріе онъ переноситъ на врача-эксперта, въ которомъ онъ видитъ не что иное, какъ органъ страхового учрежденія. Не лучше обстоитъ дѣло и въ томъ случаѣ, когда врачъ даетъ свое заключеніе передъ судомъ. Итакъ, при изслѣдованіи больного мы встрѣчаемъ полное довѣріе, при изслѣдованіи пострадавшаго—болѣе или менѣе сильное недовѣріе.

Если прибавить сюда, что при проведеніи на практикѣ закона о страхованіи отъ несчастныхъ случаевъ намъ въ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло съ людьми мало интеллигентными, которые къ тому же въ ожидальняхъ кассовыхъ врачей и страховыхъ учрежденій слышатъ массу предостереженій отъ опытныхъ

коллегъ, разсказывающихъ имъ о недовѣріи и притѣсненіяхъ, которыя якобы приходится встрѣчать со стороны довѣренныхъ врачей.— то мы не будемъ удивляться, что всѣ эти обстоятельства незамѣтно создаютъ между врачемъ и пострадавшимъ непроницаемую стѣну, которую нерѣдко удается пробить только съ громадными усиліями. Однако къ этому слѣдуетъ относиться хладнокровно, въ особенности если принять во вниманіе, что съ тѣмъ же недовѣріемъ относятся къ врачу и лица, застрахованныя въ частныхъ учрежденіяхъ, принадлежащія къ такъ назыв. высшимъ классамъ общества. Алчность представляетъ черту, свойственную одинаково и бѣднымъ, и богатымъ, и образованнымъ и необразованнымъ. Всѣ одинаково придерживаются того взгляда, что страховое учрежденіе, которому въ теченіе многихъ лѣтъ вносились преміи, обязано нести рискъ безъ всякихъ ограниченій вродѣ врачебнаго изслѣдованія и пр. При этомъ забываютъ, что и законъ, и условія страхованія предполагаютъ лишь возмѣщеніе у б ы т к о в ъ, причиненныхъ несчастнымъ случаемъ, и что эти убытки могутъ быть опредѣлены только путемъ особаго дознанія, къ которому прежде всего относится врачебная экспертиза.

Изъ всего этого видно, что при изслѣдованіи пострадавшаго врачъ находится въ гораздо болѣе трудныхъ условіяхъ, чѣмъ при изслѣдованіи обыкновеннаго больного. Онъ дѣйствуетъ при этомъ какъ бы въ непріятельской странѣ. Онъ долженъ приступать къ изслѣдованію во всеоружіи знанія и опыта, каждый шагъ онъ долженъ дѣлать осторожно и обдуманно. Но онъ не долженъ проявлять никакой предвзятости, никакого излишняго недовѣрія къ изслѣдуемому. Тотъ врачъ, который усвоилъ себѣ привычку видѣть въ каждомъ пострадавшемъ симулянта, искать всюду преувеличенія и погоню за рентой, не можетъ дать объективной экспертизы.

Такое поведеніе свойственно въ особенности начинающимъ врачамъ. Но по мѣрѣ того, какъ у врача накопляется опытъ и навыкъ, онъ научается лучше понимать людей и пріобрѣтаетъ способность оцѣнивать изслѣдуемаго субъекта по его внѣшности, по его походкѣ, разговору, короче по всей его индивидуальной физіономіи. Когда изслѣдуемый входитъ въ кабинетъ врача, надо прежде всего постараться составить себѣ о немъ представленіе, какъ о человѣкѣ; ему нужно дать высказаться, не прерывая его, даже въ томъ случаѣ, если онъ говоритъ слишкомъ много, вставляя лишь отдѣльные вопросы, чтобы не дать ему слишкомъ уклониться въ сторону отъ сути дѣла, и стараясь завоевать его довѣріе вѣжливымъ обращеніемъ.

Съ теченіемъ времени врачъ научается различать отдѣльные т и п ы пострадавшихъ. Изъ нихъ чаще всего встрѣчается два типа. Къ первому относятся «подготовленные». Такой паціентъ приходитъ къ врачу вооруженнымъ; онъ твердо выучилъ свою роль и безошибочно доводитъ ее до конца; иногда для облегченія памяти онъ дѣлаетъ замѣтки (C h a r c o t назвалъ такихъ паціентовъ «l'homme aux petits papiers»). Второй типъ—это «оскорбленные». Они смотрятъ на посѣщеніе врача, какъ на несправедливое и оскорбительное бремя. Въ противоположность первому типу такой паціентъ скупъ на слова. Вся эта процедура ниже его достоинства; онъ не преступникъ, котораго подвергаютъ «допросу». Онъ старается какъ можно скорѣе отдѣлаться отъ врача и временами бываетъ недостаточно вѣжливъ. Врачъ—насколько хватаетъ у него такта—долженъ приспособляться ко всѣмъ категоріямъ паціентовъ и не долженъ обна-

руживать нетерпѣнія.—Очень важно обращать вниманіе на наиболѣе существенныя заявленія паціента и тотчасъ же заносить ихъ въ протоколъ. При этомъ неоцѣнимыя услуги оказываетъ знаніе стенографіи. Протокольныя записи даютъ возможность найти противорѣчія въ показаніяхъ потерпѣвшаго. Впрочемъ на эти противорѣчія не нужно указывать самому паціенту, они цѣнны лишь какъ матеріалъ для психологической оцѣнки индивидуума. Вообще ни поведеніе больного, ни невѣрныя показанія съ его стороны не должны возстановлять врача противъ него; врачъ долженъ помнить, что все это свойственно всѣмъ людямъ и у застрахованныхъ отъ несчастныхъ случаевъ встрѣчается лишь нѣсколько чаще, чѣмъ у остальныхъ людей.

Послѣ того какъ врачъ указаннымъ способомъ собралъ анамнезъ, причемъ здѣсь должно быть обращено вниманіе на случаи заболѣванія и смерти, наблюдавшіеся въ семьѣ паціента, далѣе на обстоятельства, сопровождавшія несчастный случай (обстоятельства эти обыкновенно уже извѣстны врачу изъ документовъ, но объ этомъ онъ не долженъ сообщать паціенту), на леченіе, которому подвергался паціентъ, на родъ его занятій, на имѣющіяся у него профессіональныя болѣзни, на общія условія его жизни и работы, и послѣ того какъ врачъ при собираніи анамнеза составилъ себѣ общее впечатлѣніе о походкѣ, осанкѣ, движеніяхъ, рѣчи, выраженіи лица, слухѣ, дыханіи и психикѣ паціента (Waibel),—онъ заявляетъ послѣднему, что теперь онъ уже располагаетъ нужными данными и проситъ его отвѣчать на вопросы кратко и опредѣленно и не уклоняться отъ истины, такъ какъ всякое такое уклоненіе можетъ только причинить вредъ ему самому. Затѣмъ, приступая къ изслѣдованію, предлагаютъ паціенту раздѣться. Я считаю чрезвычайно важнымъ, чтобы врачъ внимательно наблюдалъ сцену раздѣванія, дѣлая видъ, что онъ читаетъ документы или занятъ приготовленіями къ изслѣдованію и пр. Только въ крайнемъ случаѣ врачу приходится помочь паціенту при раздѣваніи. Наблюдая за раздѣваніемъ, можно видѣть, какъ паціентъ совершаетъ крупныя и мелкія движенія при сниманіи рубашки, брюкъ и другихъ частей одежды, какъ онъ ихъ вѣшаетъ на вѣшалку (которая должна помѣщаться возможно выше—M. Miller), какъ онъ развязываетъ галстухъ, вынимаетъ булавки и производитъ рядъ другихъ манипуляцій, которыя черезъ нѣсколько минутъ могутъ оказаться уже болѣзненными или даже неисполнимыми. Само собою разумѣется, что паціентъ долженъ раздѣться вполнѣ и остаться либо совершенно голымъ, либо только въ рубашкѣ.

Что касается хода изслѣдованія, то существуетъ исчерпывающая схема, которой мы обязаны Maximilian Miller'у (Байрейтъ). Интересующіеся этой схемой,—а къ числу ихъ относится, вѣроятно, каждый врачъ-травматологъ,—могутъ познакомиться съ нею въ сжатомъ видѣ въ «карманной книжкѣ» M. Miller'a. Я же принужденъ здѣсь ограничиться сокращенной передачей этой замѣчательной схемы въ видѣ таблицъ, предназначенныхъ какъ для общаго изслѣдованія, которое должно производиться во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, такъ и для изслѣдованія отдѣльныхъ органовъ [1]).

Затѣмъ я остановлюсь на нѣкоторыхъ пунктахъ, которые имѣютъ

---

[1]) Таблицы помѣщены въ приложеніи.

особое значеніе для оцѣнки послѣдствій поврежденія и на которые поэтому при изслѣдованіи нужно обратить особое вниманіе.

Прежде всего нужно опредѣлить общее состояніе паціента, въ особенности состояніе питанія и силъ; здѣсь хорошія услуги оказываетъ измѣреніе роста и взвѣшиваніе паціента; затѣмъ надо составить себѣ представленіе о состояніи мускулатуры, въ особенности на конечностяхъ и прежде всего на верхнихъ; мускулатура должна быть изслѣдована какъ въ состояніи разслабленія, такъ и въ состояніи сокращенія. При изслѣдованіи кожнаго покрова нужно обратить вниманіе на окраску (кровенаполненіе), напряженность, присутствіе ранъ, рубцовъ, мозолей (на ладоняхъ и подошвахъ). Далѣе опредѣляютъ степень развитія подкожной жировой клѣтчатки. При изслѣдованіи скелета обращаютъ вниманіе на асимметріи, дефекты и вдавленія въ черепѣ, искривленія позвоночника, аномаліи положенія и движеній отдѣльныхъ позвонковъ или частей позвонковъ, смѣщеніе суставныхъ концовъ костей, искривленія, укороченія и утолщенія (образованіе мозолей) отдѣльныхъ костей конечностей, измѣненія пассивныхъ и активныхъ движеній въ суставахъ (Waibel); иногда здѣсь приходится прибѣгать къ радіодіагностикѣ.

Sachs и Freund рекомендуютъ при изслѣдованіи отдѣльныхъ областей тѣла обращать вниманіе на слѣдующіе моменты:

Голова. Развитіе черепа, асимметрія его. Форма неба и положеніе зубовъ. Характеръ растительности на головѣ и лицѣ. Дыханіе ртомъ или носомъ. Западеніе или выпячиваніе глазъ. Положеніе вѣкъ, размѣры глазной щели. Покраснѣніе соединительной оболочки глазъ, сравнительное положеніе обоихъ глазъ, разница въ величинѣ зрачковъ, помутнѣнія роговицы, покраснѣніе ушей, цвѣтъ лица. Другія особенности кожи лица. Асимметрія чертъ лица. Недостатокъ зубовъ, видъ и цвѣтъ языка, налетъ на немъ; направленіе языка при высовываніи, дрожаніе или подергиванія его, положеніе небныхъ дужекъ.

Шея. Припухлость и пульсація щитовидной железы. Положеніе головы. Совершаетъ ли больной движенія головой безпрепятственно или держитъ ее напряженно въ одномъ и томъ же положеніи?

Затылокъ и спина. Конфигурація позвоночника при вертикальномъ положеніи больного и при наиболѣе сильномъ нагибаніи туловища впередъ. Кифозъ, лордозъ, сколіозъ. Выпячиваніе спины съ правой или лѣвой стороны, выпячиваніе остистыхъ отростковъ отдѣльныхъ позвонковъ. Отклоненіе отдѣльныхъ позвонковъ вправо и влѣво отъ прямой линіи. Выпячиваніе напряженной мускулатуры спины. Положеніе лопатокъ; наличность опухолей (липомъ и пр.).

Грудь. Асимметрія грудной клѣтки. Конфигурація грудины. Выпячиваніе одной половины грудной клѣтки. Деформація реберъ. Опухоли. Развитіе грудной мускулатуры. Дыханіе, типъ его (брюшной, реберный). Число дыханій. Отставаніе одной половины грудной клѣтки при дыханіи. Видимъ ли сердечный толчокъ; какой характеръ носитъ онъ—распространенный, подскакивающій. Мѣстоположеніе толчка.

Животъ. Вздутъ или втянутъ. Пупочныя грыжи, грыжи бѣлой линіи, другія грыжи. Сильное выпячиваніе боковыхъ частей живота, какъ выраженіе слабости мускулатуры. Предрасположеніе къ грыжѣ. Расхожденіе брюшныхъ мышцъ.

Верхнія конечности. Положеніе плечъ—высокое, низкое. Конфигурація костей, выступающихъ въ области плеча. Положеніе и форма ключицъ. Западеніе плеча вслѣдствіе атрофіи дельтовидной мышцы. Сравненіе отдѣльныхъ частей обѣихъ конечностей между собою. Ненормальное выпячиваніе отдѣльныхъ мышечныхъ группъ. Атрофія мышцъ руки—полная и частичная. Дрожаніе и подергиваніе мышцъ. Припуханіе суставовъ. Искривленія и неодинаковая длина обѣихъ рукъ или отдѣльныхъ частей ихъ. Искривленія пальцевъ. Dupuytren'овская контрактура на ладоняхъ. Мозоли, бородавки и другіе признаки рабочихъ рукъ.

Нижнія конечности. Наклоненіе таза. Неравномѣрное стояніе обѣихъ половинъ таза, обѣихъ spina ilei anterior и ягодичныхъ складокъ. Искривленія отдѣльныхъ костей. Genua valga и vara (X- и O-образное искривленіе ногъ)

Плоская стопа и другія деформаціи стопы. Положеніе отдѣльныхъ частей ногъ по отношенію другъ къ другу. Мышечная контрактура въ формѣ мышечныхъ выпячиваній. Разслабленіе или атрофія одной ягодицы. Значительная разница въ объемѣ обѣихъ конечностей. Язвы голени и рубцы послѣ язвъ. Разница въ окраскѣ и кожной температурѣ, въ особенности на голеняхъ. Расширеніе венъ и отеки.

Изслѣдованіе должно производиться основательно съ примѣненіемъ испытанныхъ методовъ. Внутреннее изслѣдованіе необходимо только въ томъ случаѣ, если имѣются на-лицо указанія на заболѣваніе внутреннихъ органовъ; то же относится и къ изслѣдованію выдѣленій, крови и пр. Зато мѣстное изслѣдованіе должно производиться какъ можно тщательнѣе и сопровождаться точнымъ измѣреніемъ. Измѣрительная лента, циркуль съ дѣленіями и угломѣръ принадлежатъ къ приспособленіямъ, необходимымъ для каждаго травматолога. Конечно, измѣреніе объема на конечностяхъ должно производиться на обѣихъ сторонахъ. Для измѣренія избираются обыкновенно слѣдующіе пункты: окружность кисти—на уровнѣ пястно-фаланговыхъ суставовъ, окружность предплечья—на уровнѣ processus styloideus локтевой кости и въ серединѣ предплечья, окружность плеча—въ средней части, окружность живота—на уровнѣ пупка, окружность таза—на уровнѣ spina ant. sup., бедра—на уровнѣ большихъ вертеловъ, въ серединѣ бедра и на уровнѣ верхняго края колѣнной чашки, голени—на уровнѣ нижняго края колѣнной чашки, въ серединѣ голени и на уровнѣ мыщелковъ, наконецъ окружность стопы—на уровнѣ os naviculare и cuboideum. Измѣреніе длины производится: для плеча—отъ tuberculum majus humeri до epicondylus lateralis, для предплечья—отъ локтевого отростка до processus styloideus ulnae, для бедра—отъ вертела до epicondylus, для голени—отъ головки малой берцовой кости до наружнаго мыщелка, для всей нижней конечности—отъ spina ant. sup. до мыщелка или края стопы.

Далѣе врачъ долженъ составить себѣ представленіе объ объемѣ движенія суставовъ; для этого я въ теченіе многихъ лѣтъ пользуюсь угломѣромъ M. Miller'a: онъ состоитъ изъ двухъ полукруглыхъ пластинокъ, соединенныхъ посредствомъ шарнира въ серединѣ основанія, т. е. въ центрѣ круга. Верхняя поверхность нижней пластинки раздѣлена на градусы въ восходящемъ и нисходящемъ порядкѣ. Шарниръ помѣщается въ вершинѣ измѣряемаго суставного угла, а затѣмъ на пластинкѣ отсчитывается число градусовъ.

Для опредѣленія силы кистей изслѣдуютъ рукопожатіе, причемъ врачъ одновременно даетъ обѣ свои руки изслѣдуемому—правую въ правую и лѣвую въ лѣвую, такъ что руки врача скрещиваются. Можно воспользоваться и динамометромъ. О болѣе детальномъ изслѣдованіи функціональной способности отдѣльныхъ мышечныхъ группъ будетъ сказано ниже.

Для изслѣдованія рефлексовъ и механической возбудимости мышцъ пользуются перкуссіоннымъ молоточкомъ; электрическая возбудимость мышцъ и нервовъ изслѣдуется фарадическимъ и гальваническимъ токомъ, кожная чувствительность—волосяной кисточкой и иголкой, температурное чувство—пробирками, наполненными холодной и горячей водой (или пескомъ), осязательное чувство—циркулемъ, кровяное давленіе—Gärtner'овскимъ тонометромъ или новѣйшимъ очень практичнымъ аппаратомъ Herz'a; Strümpell указываетъ, что при изслѣдованіи чувствительности очень легко поддаться самовнушенію, и потому это изслѣдованіе должно произво-

диться возможно точнѣе. Для опредѣленія присутствія бѣлка, сахара и желчныхъ пигментовъ въ мочѣ пользуются общеупотребительными реактивами и приборами. Въ кабинетѣ врача должны быть слѣдующія приспособленія: вертикальная мѣрка для измѣренія роста, вѣсы, лучше всего стоячіе, занимающіе мало мѣста, кушетка для изслѣдованія, лѣсенка (двѣ ступеньки по 25 стм. вышины, съ ручкой, за которую паціентъ можетъ держаться, стоя на верхней ступенькѣ) и, наконецъ, простое приспособленіе для опредѣленія pes valgus. Я съ успѣхомъ примѣняю методъ Bestmann'a, заключающійся въ томъ, что у изслѣдуемаго смазываютъ подошвы щелочнымъ растворомъ и заставляютъ его встать на свѣточувствительную бумагу. Послѣ дѣйствія свѣта на эту бумагу получаются прекрасные отпечатки подошвъ, на которыхъ отчетливо выступаютъ всѣ мозолистыя мѣста.

Само собою разумѣется, что всѣ полученные результаты изслѣдованія врачъ подробно заноситъ въ протоколъ; эти записи даютъ возможность при повторныхъ изслѣдованіяхъ дѣлать сравненія, затѣмъ онѣ служатъ матеріаломъ для составленія экспертизы. Обозначеніе полученныхъ данныхъ въ видѣ условныхъ знаковъ на спеціальныхъ схемахъ различныхъ частей тѣла (схемы эти теперь вездѣ продаются, существуютъ и спеціальные штемпеля для печатанія ихъ), маленькіе наброски карандашемъ, при случаѣ фотографическіе снимки—все это дѣлаетъ записи болѣе цѣнными и прочнѣе запечатлѣваетъ полученные результаты. О значеніи рентгеновскихъ снимковъ для діагноза, конечно, излишне распространяться.

Цѣлью изслѣдованія, какъ мы уже сказали, является опредѣленіе состоянія здоровья паціента въ данный моментъ, въ особенности опредѣленіе функціональной способности всѣхъ органовъ, затѣмъ подтвержденіе жалобъ больного на различныя явленія выпаденія функцій, установленіе связи имѣющагося дефекта съ несчастнымъ случаемъ и наконецъ рѣшеніе вопроса, насколько субъективныя жалобы паціента соотвѣтствуютъ найденнымъ объективнымъ измѣненіямъ.

Переходя теперь къ обсужденію этихъ вопросовъ, встрѣчающихся въ каждой экспертизѣ, мы вступаемъ въ столь же важную, сколько и трудную область травматологіи,—область, которая предъявляетъ высокія требованія къ опытности, къ знаніямъ, къ добросовѣстности и наблюдательности врача-эксперта.

Въ началѣ настоящей лекціи я уже указалъ на ту разницу, которая существуетъ между обыкновеннымъ изслѣдованіемъ больного и изслѣдованіемъ пострадавшаго для цѣлей экспертизы,—разницу, которая обусловливается недовѣріемъ со стороны изслѣдуемаго по отношенію къ изслѣдующему. Это недовѣріе, вытекающее изъ опасеній паціента, что его субъективныя жалобы не встрѣтятъ со стороны врача полнаго довѣрія, а съ другой стороны стремленіе паціента добиться возможно высокой ренты—порождаютъ наклонность къ *преувеличенію* субъективныхъ симптомовъ, а иногда—правда, не очень часто—и къ выдумыванію новыхъ симптомовъ. Возникающія такимъ образомъ аггравація и симуляція подрываютъ благодѣтельное значеніе законовъ о страхованіи и, затемняя картину болѣзни, вызываютъ естественное недовѣріе со стороны врача, которое тѣмъ болѣе законно, что преувеличеніе, аггравація, наблюдается

далеко не рѣдко. И вотъ оба—паціентъ и врачъ—смотрятъ другъ на друга съ недовѣріемъ, и при такихъ условіяхъ нѣтъ ничего удивительнаго, что нѣкоторые врачи, въ особенности менѣе опытные, склонны въ каждомъ пострадавшемъ видѣть завѣдомаго симулянта и придавать значеніе только тѣмъ симптомамъ, которые могутъ быть доказаны объективно. Becker-Chavigny приводитъ остроумную оцѣнку такой экспертизы, принадлежащую Dubois. «При такомъ образѣ дѣйствія медицина отличается отъ ветеринаріи только различіемъ паціентовъ». Впрочемъ нѣкоторые врачи идутъ еще дальше и видятъ въ аггравацiи и симуляціи преступный обманъ, «разоблаченіе» котораго они считаютъ для себя величайшимъ торжествомъ. Они забываютъ при этомъ, что если не симуляція, то по крайней мѣрѣ аггравація представляетъ въ большинствѣ случаевъ безсознательное прегрѣшеніе. Да и симуляція далеко не всегда является сознательной, ибо не подлежитъ сомнѣнію, что существуетъ травматическій неврозъ, въ основѣ котораго лежитъ патологически развитая алчность, поддерживаемая совѣтами родственниковъ, знакомыхъ, подпольныхъ адвокатовъ и пр.,—неврозъ, развитію котораго способствуетъ бездѣлье и усиленное потребленіе алкоголя, неизбѣжные спутники продолжительной борьбы за ренту. Съ другой стороны врачъ не имѣетъ права и не обязанъ брать на себя роль слѣдователя, рѣшающаго вопросъ о преданіи преступника суду, или роль полководца, наказывающаго мародеровъ въ интересахъ дисциплины. Наша обязанность—опредѣлить вредъ, который причиненъ застрахованному рабочему несчастнымъ случаемъ,—и только. Мы, конечно, должны бороться съ аггравацiей и симуляціей, ибо онѣ затемняютъ истину, но борьба эта должна вестись не при помощи недовѣрія, озлобленія и непріязни, а исключительно только при помощи научныхъ методовъ изслѣдованія.

Я попытаюсь въ общихъ чертахъ и въ сжатомъ видѣ изложить наиболѣе важные методы, къ которымъ мы прибѣгаемъ для того, чтобы удостовѣриться въ правдивости субъективныхъ жалобъ паціента. Само собою разумѣется, что я принужденъ буду ограничиться лишь тѣми методами, которые примѣняются по отношенію къ наиболѣе частымъ симптомамъ. Желающіе изучить вопросъ о симуляціи подробнѣе (говоря о симуляціи, я подразумѣваю подъ этимъ словомъ и гораздо болѣе распространенную аггравацію, преувеличеніе болѣзненныхъ симптомовъ) могутъ обратиться къ спеціальнымъ сочиненіямъ (L. Becker'a, Sachs'a и Freund'a), гдѣ изложенъ также вопросъ о симуляціи глазныхъ, ушныхъ, внутреннихъ и душевныхъ болѣзней.

Число работъ, посвященныхъ симуляціи, достигло уже значительныхъ размѣровъ, изъ нихъ большинство отличается очень серьезными научными достоинствами. Это доказываетъ, что представители травматологіи и другихъ смежныхъ наукъ энергично ищутъ истину и отстаиваютъ честь врачебной корпораціи. Методика распознаванія симуляціи достигла высокаго развитія, многіе методы совершенно безошибочны; въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится противопоставлять ухищреніямъ опытныхъ симулянтовъ спеціальныя діагностическія «уловки», которыя должны довольно часто мѣнять свой характеръ, такъ какъ нѣкоторые симулянты отличаются большой наблюдательностью, легко усваиваютъ примѣненные методы

или получаютъ спеціальныя указанія въ «школахъ симуляціи» [1]). Но въ большинствѣ случаевъ мы можемъ обойтись безъ этихъ уловокъ, ибо, говоря словами д-ра Blau, мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи достаточно средствъ, чтобы прямымъ путемъ пресѣчь ухищренія симулянта. Мы начнемъ съ наиболѣе часто встрѣчающагося у больныхъ и пострадавшихъ симптома—именно съ боли. Отрицаніе этого симптома со стороны врача даже при самомъ подробномъ изслѣдованіи пацiента и при самомъ внимательномъ изученіи всѣхъ особенностей даннаго случая чрезвычайно трудно, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ мы ставимъ діагнозъ только съ большею или меньшею вѣроятностью (Sachs-Freund).

Боли различаются по продолжительности, характеру, интенсивности и локализаціи. Бываютъ боли постоянныя, схваткообразныя, самопроизвольныя и вызываемыя внѣшними причинами (давленіе, положеніе тѣла, движенія). Если характеръ болей мѣняется, то это подозрительно. Меньше значенія имѣютъ противорѣчивыя указанія относительно характера болевого ощущенія (сверлящая, жгучая, рвущая боль и т. п.), такъ какъ, съ одной стороны, характеръ болевого ощущенія дѣйствительно можетъ мѣняться и такъ какъ, съ другой стороны, пацiентъ далеко не всегда можетъ послѣдовательно разсуждать. Если на мѣстѣ боли имѣются такія анатомическія измѣненія, которыя, согласно даннымъ опыта, могутъ вызывать боли,— какъ, напр., приросшіе къ кости рубцы, костныя мозоли, утолщенія надкостницы, тромбозъ, опухоль суставовъ, признаки мѣстнаго воспаленія и пр., то мы видимъ въ этомъ объективное подтвержденіе субъективнаго симптома. Такимъ же подтвержденіемъ являются функціональныя разстройства въ ближайшемъ къ мѣсту боли органѣ, напр. желтуха при приступахъ колики, сильная головная боль при гнойномъ выдѣленіи изъ уха и т. д. Больше осторожности требуется при наличности боли отъ давленія, т. е. когда давленіе на опредѣленныя точки (Valleix) по ходу нѣкоторыхъ доступныхъ ощупыванію чувствительныхъ и смѣшанныхъ нервовъ вызываетъ сильную боль или рѣзко усиливаетъ существующую незначительную боль. Если при давленіи на такую точку пацiентъ только вскрикиваетъ, но не дѣлаетъ никакихъ оборонительныхъ движеній (Kirsch), то это вызываетъ недовѣріе; еще больше, если онъ жалуется и на боль при давленіи рядомъ съ чувствительной точкой. При изслѣдованіи болевыхъ точекъ заставляютъ пацiента закрыть глаза, затѣмъ, согласно его показаніямъ, отмѣчаютъ найденныя точки дерматографомъ и заносятъ ихъ мѣстоположеніе въ схему для того, чтобы имѣть возможность провѣрить пацiента при повторномъ изслѣдованіи. Давленіе нужно производить нѣсколько разъ съ достаточной силой, сперва при полномъ вниманіи пацiента, а затѣмъ неожиданно во время какого-либо разговора, въ который незамѣтно вовлекаютъ пацiента, чтобы отвлечь его вниманіе отъ болевой точки. При оцѣнкѣ полученныхъ такимъ образомъ данныхъ нужно помнить, что и здоровый человѣкъ испытываетъ боль при давленіи въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, напр. на костныхъ выступахъ, на животѣ, на боковыхъ частяхъ шеи.

---

[1]) Въ Германіи и Австріи существуетъ особый типъ подпольныхъ учителей симуляціи, которые нерѣдко съ большимъ искусствомъ обучаютъ симуляціи отдѣльныхъ болѣзненныхъ формъ. Прим. перев.

Seeligmüller изслѣдуетъ боль такимъ образомъ. Онъ говоритъ паціенту, что испытаетъ чувствительное къ давленію мѣсто при помощи электрическаго тока; затѣмъ онъ пускаетъ въ ходъ фарадическій аппаратъ, но ослабляетъ винтъ, соединяющій электродъ съ вторичной катушкой, и такимъ образомъ прекращаетъ токъ, хотя молоточекъ аппарата продолжаетъ трещать. Послѣ того онъ съ силой прижимаетъ электродъ къ больной точкѣ и заявляетъ паціенту, лежащему съ закрытыми глазами на столѣ, что сейчасъ будетъ пущенъ электрическій токъ. Если паціентъ говоритъ, что до того онъ еще не чувствовалъ никакого особеннаго ощущенія, то онъ симулянтъ, ибо, если бы у него дѣйствительно имѣлась болевая точка, онъ долженъ бы почувствовать боль уже при первомъ ударѣ электродомъ.

Признакъ Mannkopf-Rumpf'a (учащеніе пульса, иногда поблѣднѣніе лица и расширеніе зрачковъ въ моментъ давленія на больную точку) получается далеко не всегда, даже если больной лежитъ совершенно спокойно и дышетъ вполнѣ равномѣрно; кромѣ того признакъ этотъ имѣетъ значеніе только при положительномъ результатѣ. Большое значеніе имѣетъ опытъ G. Müller'a, если только онъ тщательно выполняется. Болевую точку прижимаютъ среднимъ пальцемъ правой руки, а рядомъ ставятъ средній палецъ лѣвой руки, такъ что паціентъ при закрытыхъ глазахъ воспринимаетъ впечатлѣніе только отъ прикосновенія къ одной точкѣ; затѣмъ правой рукой перестаютъ давить, и если паціентъ все-таки утверждаетъ, что чувствуетъ боль, то это должно возбудить подозрѣніе. Colmers предлагаетъ пользоваться мѣстной анэстезіей по Schleich'y, для того, чтобы отличить симуляцію отъ травматическаго невроза и функціональнаго заболѣванія. Если подъ вліяніемъ инфильтраціонной анэстезіи боль исчезаетъ только на-время, то это говоритъ въ пользу функціональнаго заболѣванія. Но это правило приложимо только къ новичкамъ въ симуляціи и доказательно только въ томъ случаѣ, если на анэстезію можно вполнѣ положиться, что бываетъ далеко не всегда.

Нерѣдко подозрѣніе въ симуляціи болей возникаетъ вслѣдствіе отсутствія рефлекторнаго сокращенія мышцъ, росположенныхъ рядомъ или надъ болевой точкой (отсутствіе оборонительныхъ движеній).

Боли при активныхъ движеніяхъ конечностей указываютъ на заболѣваніе мускулатуры, при пассивныхъ—на заболѣваніе суставовъ. Иногда о существованіи боли можно заключить по особенному положенію тѣла (оборонительное положеніе, положеніе съ разслабленными мышцами), какъ это бываетъ, напр., при torticollis rheumatica, ischias scoliotica и пр.

Самую частую локализацію жалобъ на боли представляетъ lumbago и ischias. Человѣкъ, заболѣвшій сильнымъ lumbago, тщательно избѣгаетъ наклоненія туловища, такъ какъ сокращеніе m. erector trunci при послѣдующемъ разгибаніи причиняетъ сильнѣйшія боли. Если паціента просятъ нагнуться, то онъ наклоняетъ туловище съ помощью тазобедренныхъ суставовъ, но позвоночникъ держитъ неподвижно. Чтобы сохранить равновѣсіе, ему приходится при этомъ сильно отвести назадъ тазъ (Erben). Если паціентъ не принимаетъ такого положенія автоматически, то это должно возбудить подозрѣніе. Затѣмъ за наличность сильныхъ болей въ поясницѣ

говоритъ значительное выпячиваніе или замѣтная атрофія отдѣльныхъ мышечныхъ группъ, въ особенности m. longissimus dorsi; опусканіе (вмѣсто поднимания) половины таза при подниманіи ноги говоритъ въ пользу заболѣванія другой половины таза (признакъ Trendelenburg'а). Въ трудныхъ, сомнительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ рентгенодіагностикѣ, которая выясняетъ, нѣтъ ли поврежденія поясничнаго позвонка или крестца или не осталось ли послѣдствій отъ бывшаго ранѣе поврежденія (spondylitis traumatica Kümmel'я).

Наличность ischias сомнительна, если изслѣдуемый при максимальномъ пассивномъ сгибаніи тазобедреннаго сустава при вытянутой въ колѣнномъ суставѣ ногѣ (растяженіе нерва, Hegar, Lasègue), не ощущаетъ рѣзкой боли. Другими признаками ischias являются боли при сокращеніи брюшного пресса (кашель) и отсутствіе физіологическаго лордоза при наклоненіи туловища (Erben).

Боль отъ переутомленія руки локализуется чаще всего въ области epicondylus externus humeri. Чтобы убѣдиться въ наличности этой боли, Erben заставляетъ паціента сильно сжимать кулакъ. При этомъ боль должна усилиться, такъ какъ сокращающіеся mm. radiales давятъ на epicondylus externus.

Иногда паціенты выдаютъ за боль парэстезію. Доказать объективнымъ путемъ наличность измѣненія чувствительности не легче, чѣмъ убѣдиться въ присутствіи боли. Sachs и Freund считаютъ это даже самой трудной задачей изслѣдованія, успѣшное выполненіе которой удается только искусному изслѣдователю. Изслѣдованіе производится пальцемъ, острой иглой, металлической частью перкуссіоннаго молоточка, пробирками, наполненными наполовину холодной и горячей водой (изслѣдованіе тепловой чувствительности), наконецъ фарадическимъ токомъ. Изслѣдованіе производится по отдѣльнымъ областямъ тѣла. Изслѣдуемаго просятъ закрыть глаза и говорить «да» каждый разъ, когда онъ почувствуетъ какое-либо ощущеніе, не только болевое (отъ укола иглой); если нужно, его просятъ охарактеризовать испытываемое ощущеніе. Sachs и Freund предлагаютъ производить изслѣдованіе въ такомъ порядкѣ: легкое прикосновеніе концомъ пальца къ различнымъ мѣстамъ кожи въ области распространенія крупныхъ нервныхъ вѣтвей; поглаживаніе концомъ пальца или иглы по всему участку съ нечувствительными или мало чувствительными точками; чередованіе уколовъ съ прикосновеніемъ пальца и тупого конца иглы; опредѣленіе промежутка времени, протекающаго между уколомъ и произнесеніемъ условленнаго слова, а также между уколомъ и оборонительнымъ движеніемъ. Затѣмъ заставляютъ изслѣдуемаго считать быстро слѣдующія другъ за другомъ прикосновенія къ различнымъ мѣстамъ тѣла (попеременно то острымъ концомъ иглы, то тупымъ концомъ, то пальцемъ). Фарадическое изслѣдованіе производится такимъ образомъ: широкій, хорошо увлажненный индифферентный электродъ укрѣпляется на средней линіи тѣла въ значительномъ разстояніи отъ изслѣдуемаго участка (на затылкѣ, груди, животѣ); дифферентный электродъ прикладывается къ изслѣдуемому мѣсту. Замыканіе тока производится при далекомъ разстояніи катушекъ индукціоннаго аппарата; затѣмъ катушки начинаютъ сближать до тѣхъ поръ, пока изслѣдуемый заявляетъ, что чувствуетъ токъ. Изслѣдованіе нужно производить симметрично на обѣихъ половинахъ

тѣла. Разстояніе катушекъ записываютъ. При изслѣдованіи токъ періодически размыкается и замыкается. Участки анэстезіи точно обводятся дерматографомъ. Если при повторномъ изслѣдованіи границы участковъ смѣщаются, то это возбуждаетъ подозрѣніе.

Симулировать пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ чрезвычайно трудно. При надлежащей техникѣ изслѣдованія врачъ не можетъ не замѣтить сокращенія мышцъ, сознательно производимаго паціентомъ. Легче поддается симуляціи повышеніе рефлексовъ; если подозрѣвается подобнаго рода симуляція, то рекомендуется повторное изслѣдованіе. Клонусъ колѣнной чашки и стопы нельзя вызвать искусственно.

Изслѣдованіе головокруженія имѣетъ важное значеніе въ виду частоты этого симптома, въ особенности послѣ поврежденій головы. Симулянты обыкновенно настолько преувеличиваютъ этотъ симптомъ, что это бросается въ глаза. Они симулируютъ такіе припадки головокруженія, какіе встрѣчаются только при тяжелой истеріи. Объективнымъ признакомъ дѣйствительнаго головокруженія при наклоненіи и выпрямленіи туловища является покраснѣніе или поблѣднѣніе лица послѣ наклоненія и иногда измѣненіе пульса. Becker придаетъ значеніе тому, какъ паціентъ держитъ голову при наклоненіи туловища: человѣкъ, дѣйствительно страдающій головокруженіемъ, тщательно избѣгаетъ опускать голову при наклоненіи туловища, и старается отклонить ее назадъ. Симптомъ Romberg'a, къ которому симулянты прибѣгаютъ очень охотно, лучше всего провѣряется такимъ образомъ, что случайно (а не послѣ всѣхъ тѣхъ приготовленій, которыя симулянту уже хорошо извѣстны), производятъ какую-нибудь манипуляцію, напр., изслѣдованіе чувствительности, заставивъ предварительно паціента закрыть глаза, или погасивъ свѣтъ (напр. въ рентгеновскомъ кабинетѣ [Rumpf]). Затѣмъ наблюденіе за больнымъ въ то время, когда онъ раздѣвается и одѣвается, можетъ, какъ мы уже указали выше, дать существенныя указанія относительно наличности у паціента атаксіи. Внезапное паденіе при закрываніи глазъ представляетъ признакъ грубой симуляціи (Rumpf).

При подозрѣніи относительно симуляціи кровохарканія нужно микроскопически изслѣдовать мокроту, чтобы убѣдиться, есть ли въ ней кровь и именно человѣческая кровь; затѣмъ требуется внимательное наблюденіе за подозрѣваемымъ субъектомъ для выясненія, не примѣшивается ли кровь къ мокротѣ изъ десенъ или изъ слизистой оболочки щекъ и пр. То же относится къ случаямъ кровавой мочи, рвоты и испражненій; для изслѣдованія испражненій на красящія вещества крови Rumpf совѣтуетъ примѣнять терпентинъ-гваяковую пробу по Schönbein-Almèn'y. Гликозурія можетъ быть искусственно вызвана путемъ употребленія внутрь или подкожнаго примѣненія флоридзина; кромѣ того виноградный сахаръ можетъ быть примѣшанъ уже къ выпущенной мочѣ. Въ томъ и другомъ случаѣ содержаніе сахара въ крови остается неповышеннымъ (Rumpf). Въ такихъ случаяхъ рекомендуется строгая изоляція паціентовъ и наблюденіе за ними въ лечебныхъ заведеніяхъ.

Для распознаванія разстройства движеній необходимы, кромѣ знанія анатоміи, еще большой опытъ и навыкъ. Если

пострадавшій заявляетъ, что тотъ или иной суставъ у него неподвиженъ, то это разстройство можетъ быть вызвано нарушеніемъ проводимости нервовъ (параличъ мышцъ, приводящихъ въ движеніе суставъ), заболѣваніемъ активныхъ частей сустава (мышцъ, сухожилій, фасцій) и, наконецъ, измѣненіями въ пассивныхъ частяхъ сустава (въ костяхъ, хрящахъ, суставной сумкѣ). Первая изъ этихъ причинъ обыкновенно легко поддается распознаванію. Нѣкоторое сомнѣніе можетъ возникнуть при изслѣдованіи электрической возбудимости нервовъ и мышцъ при помощи гальваническаго тока; при этомъ необходимо помнить, что при слабыхъ токахъ (если дифферентнымъ полюсомъ является катодъ) въ нормальныхъ случаяхъ наблюдается быстрое сокращеніе при замыканіи катода (KaSZ), при усиленіи тока—усиленіе KaSZ и появленіе тетаническаго сокращенія при размыканіи анода (AnOZ), при очень сильномъ токѣ—тетаническое сокращеніе при замыканіи катода и быстрое сокращеніе при размыканіи катода и анода и при замыканіи анода. Реакція перерожденія проявляется, кромѣ вялости сокращеній, нерѣдко еще въ нарушеніи указаннаго закона сокращеній.

Много вниманія требуется для установленія активныхъ и пассивныхъ двигательныхъ разстройствъ, относящихся ко второй и третьей изъ указанныхъ выше этіологическихъ группъ.

Недостаточная дѣятельность конечности или части ея въ теченіе болѣе продолжительнаго времени даетъ объективный признакъ—атрофію мышцъ (атрофія отъ бездѣятельности).

Изъ методовъ, служащихъ для распознаванія мышечной слабости, нужно прежде всего упомянуть измѣреніе объема мышцъ, именно сравненіе съ объемомъ одноименныхъ мышцъ на здоровой сторонѣ. При этомъ нужно помнить, что объемъ нижнихъ конечностей, за немногими исключеніями, бываетъ приблизительно одинаковымъ на обѣихъ сторонахъ, на верхнихъ же правая конечность обыкновенно нѣсколько полнѣе и сильнѣе, чѣмъ лѣвая (у лѣвшей наоборотъ). Равичъ, изслѣдовавшій 500 здоровыхъ солдатъ, нашелъ разницу въ пользу правой стороны на плечѣ до 4 стм., на плечевой кости и на предплечьи отъ 1 до 1,5 стм. Слѣдовательно, такую разницу нельзя считать патологической. Затѣмъ мышечная атрофія встрѣчается послѣ свинцовыхъ и алкогольныхъ невритовъ, и, наконецъ, надо помнить, что симулянты перѣдко въ теченіе многихъ мѣсяцевъ тщательно избѣгаютъ движеній соотвѣтствующей конечностью, чтобы только выиграть процессъ.

Мышечная сила можетъ быть изслѣдуема также механически, но при этомъ мы должны найти такой методъ, при которомъ мы не только не нуждались бы въ содѣйствіи изслѣдуемаго, но который давалъ бы намъ вѣрные результаты, даже несмотря на противодѣйствіе со стороны паціента. Поэтому приходится оставить въ сторонѣ всѣ тѣ методы измѣренія силы, которые разсчитаны на добрую волю изслѣдуемаго. Существуютъ различные гимнастическіе аппараты съ сопротивленіемъ, которые даютъ возможность путемъ медленнаго, незамѣтнаго для изслѣдуемаго усиленія сопротивленія, измѣрить и выразить въ цифрахъ функціональную способность отдѣльныхъ мышечныхъ группъ; конечно, если мы имѣемъ дѣло съ очень хорошо подготовленнымъ симулянтомъ, этотъ методъ можетъ тоже не достигнуть цѣли.

Болѣе надежные результаты даетъ простая проба, которую на-

вѣрно примѣнялъ всякій, кому приходилось имѣть дѣло съ подобнаго рода изслѣдованіями, и которую P. Schuster и Hoesslin предлагаютъ, какъ спеціальный методъ изслѣдованія. Рѣчь идетъ объ использованіи «парадоксальнаго сокращенія антагонистовъ» для распознаванія симуляціи или преувеличенія мышечной слабости. Врачъ проситъ паціента разогнуть согнутую въ локтѣ руку, а самъ противодѣйствуетъ разгибанію, прижимая свою ладонь къ ладони изслѣдуемаго; затѣмъ онъ внезапно прекращаетъ противодѣйствіе. При нормальныхъ условіяхъ рука паціента по инерціи разгибается; у симулянта же дѣло обстоитъ иначе. Симулянтъ въ дѣйствительности не старается вовсе преодолѣть сопротивленіе; а если онъ и употребляетъ нѣкоторую силу, чтобы произвести требуемое движеніе, то онъ одновременно иннервируетъ и антагонисты, чтобы парализовать это движеніе. При внезапномъ исчезновеніи сопротивленія рука не производитъ у него разгибанія, ибо, какъ правильно замѣчаетъ Hoesslin, у него вовсе нѣтъ намѣренія произвести это движеніе.

Другой, часто употребляемый методъ выработанъ E. Zuckerkandl'емъ и Erben'омъ на основаніи глубокаго изученія физіологіи произвольныхъ движеній. Они, между прочимъ, сдѣлали наблюденіе, что во время дѣйствія центральныхъ суставовъ периферическіе автоматически фиксируются. Такъ, напр., лучезапястный суставъ фиксируется въ тотъ моментъ, когда начинаются движенія въ локтевомъ суставѣ, въ особенности если эти движенія усилены благодаря наличности какого-либо сопротивленія. Если заставить изслѣдуемаго сгибать при небольшомъ сопротивленіи локтевой суставъ, то онъ невольно фиксируетъ суставъ кисти, конечно, при томъ условіи, что онъ дѣйствительно всѣми силами старается произвести требуемое движеніе. Симулянтъ такого усилія не дѣлаетъ; при этомъ лучезапястный суставъ остается нефиксированнымъ, такъ какъ изслѣдуемый не направляетъ всего вниманія на локтевой суставъ, а добрую долю вниманія удѣляетъ на то, чтобы обмануть врача относительно функціональной способности мышцъ.

Одного симулянта, утверждавшаго, что онъ не можетъ поднимать руки, Erben изобличилъ слѣдующимъ образомъ. Онъ поднялъ ему руку и предложилъ медленно и осторожно опустить ее, что тотъ и сдѣлалъ. Между тѣмъ при медленномъ опусканіи руки, какъ показали Zuckerkandl и Erben, иннервируются тѣ же мышцы, которыя поднимаютъ руку.

Пострадавшій, напр., заявляетъ, что при опущенной рукѣ онъ не можетъ согнуть локтя, такъ какъ страдаетъ мышечной слабостью. Тогда ему предлагаютъ произвести то же движеніе при поднятой вверхъ рукѣ. Если онъ утверждаетъ, что и въ такомъ положеніи не можетъ согнуть локтя и если суставъ при этомъ не поврежденъ, то передъ нами несомнѣнный симулянтъ, такъ какъ при вертикальномъ положеніи руки локоть сгибается подъ вліяніемъ тяжести предплечья.

Thiem изобличилъ одного симулянта, жаловавшагося на слабость разгибателей колѣна, такимъ образомъ, что внезапно при лежачемъ положеніи паціента заставилъ его вытянуть обѣ ноги. И симулянтъ держалъ ихъ нѣсколько минутъ въ состояніи максимальнаго разгибанія, вѣроятно, вслѣдствіе того, что это движеніе требовало отъ него необычно сильнаго напряженія воли, такъ что

безъ предварительныхъ упражненій онъ не могъ сократить мышцы на обѣихъ ногахъ съ различной силой. Опытъ этотъ, слѣдовательно, едва ли можетъ дать тотъ же результатъ при повтореніи его у одного и того же пацієнта. Vulpius примѣняетъ тотъ же способъ при распознаваніи мышечной слабости на верхнихъ конечностяхъ.

Труднѣе и сложнѣе, сравнительно съ изслѣдованіемъ силы цѣлыхъ мышечныхъ группъ, изслѣдованіе функціональной способности отдѣльныхъ мышцъ. Такое изслѣдованіе возможно только на мышцахъ, производящихъ двоякаго рода движенія, и предполагаетъ точное знакомство съ вліяніемъ примѣняемаго механическаго аппарата на физіологическую функцію мышцъ. Чтобы пояснить сказанное, приведемъ два примѣра.

Biceps brachii является одновременно и сгибателемъ, и супинаторомъ для предплечья; на согнутомъ предплечьи супинацію производитъ biceps, на вытянутомъ—supinator brevis; если предплечье пронировано, то сгибаніе его производится не при помощи biceps, а при помощи brachialis internus. Если я имѣю аппаратъ съ точно дозируемымъ сопротивленіемъ, и если изслѣдуемое лицо при извѣстномъ незначительномъ сопротивленіи можетъ производить сгибаніе въ локтевомъ суставѣ, а при пронаціи предплечья не можетъ произвести сгибанія даже при ничтожномъ сопротивленіи, то это говоритъ въ пользу того, что работоспособность brachialis internus понижена; при обратныхъ условіяхъ понижена сила biceps.

Psoas сгибаетъ бедро въ тазобедренномъ суставѣ, а при фиксаціи бедра и при наличности сопротивленія нагибаетъ впередъ туловище. Сгибаніе бедра производитъ также и m. rectus femoris. Для каждаго изъ названныхъ движеній существуетъ особый аппаратъ съ сопротивленіемъ; обозначимъ ихъ аппаратами I и II. Если изслѣдуемый производитъ движеніе въ аппаратѣ II съ опредѣленнымъ сопротивленіемъ, а при переходѣ на аппаратъ I можетъ произвести это движеніе только при значительно меньшемъ сопротивленіи, то это указываетъ на пониженіе силы m. rectus femoris.

Громадное, можно сказать, жизненное значеніе имѣетъ для рабочаго сила кисти, и прежде всего возможность крѣпко держать въ рукѣ инструментъ. Изслѣдованіе силы, съ которой производится сжиманіе кулака, представляетъ поэтому большой интересъ. Примѣненіе динамометра, какъ это уже разъяснено выше, имѣетъ при этомъ сомнительную цѣну. Здѣсь можно прежде всего рекомендовать способъ, предложенный еще Kaufmann'омъ и основанный на методѣ Hoesslin'a; способъ этотъ, быстро и точно выполненный, даетъ хорошіе результаты. Врачъ даетъ пацієнту свою руку и предлагаетъ ему сжать ее «слабой» рукой. Затѣмъ врачъ внезапно и быстро вырываетъ свою руку. Если пацієнтъ дѣйствительно сжималъ руку врача изо всѣхъ силъ, то его рука должна при этомъ непроизвольно сжаться въ кулакъ; у симулянта же пальцы остаются въ полусогнутомъ положеніи.—Другой методъ основанъ на упомянутыхъ уже выше изслѣдованіяхъ Zuckerkandl'я и Erben'a, которые нашли, что при сильномъ сжиманіи кулака неизбѣжно происходитъ дорзальная флексія. Мышцы какъ бы «приготовляются» передъ сжатіемъ кулака, такъ какъ при среднемъ положеніи кисти разгибатели пальцевъ, слишкомъ коротки, чтобы было возможно одновременно и сгибаніе пальцевъ, и сгибаніе кисти. Симулянты при сжиманіи кулака инстинктивно фиксируютъ кисть съ ладонной стороны или же оставляютъ ее въ среднемъ положеніи, такъ какъ дорзальная флексія происходитъ при сжиманіи кулака автоматически, и чтобы ей воспрепятствовать, необходимо произвести противоположное сокращеніе мышцъ. Изслѣдованіе силы кулака нужно

производить не только на той рукѣ, которую паціентъ выдаетъ за больную, но и на здоровой, ибо существуетъ цѣлый рядъ профессій, гдѣ, благодаря характеру работы, постепенно теряется способность полнаго сжатія кулака (Thiem). Кромѣ того, изслѣдованіе силы кулака на обѣихъ рукахъ важно и въ другомъ отношеніи. Опытъ показываетъ, что большинство людей при скрещенныхъ рукахъ не въ состояніи симулировать слабости одной руки (Schleie). Если изслѣдуемый старается симулировать слабость на одной сторонѣ, то это сейчасъ же можно узнать по давленію другой руки, «такъ какъ, благодаря постоянному упражненію въ повседневной жизни, мы очень точно воспринимаемъ силу рукопожатія». Не лишено извѣстнаго значенія и положеніе большого пальца при сжиманіи кулака. Симулянты обыкновенно отклоняютъ его по направленію къ тылу кисти.

Этихъ замѣчаній достаточно, чтобы показать, какъ важно принимать во вниманіе всѣ, даже, повидимому, незначительныя отклоненія отъ нормальныхъ движеній для того, чтобы изобличить злую волю со стороны изслѣдуемаго.

Sudeck'у мы обязаны, какъ уже сказано было выше, примѣненіемъ рентгеновскихъ лучей для распознаванія измѣненій въ костяхъ при поврежденіяхъ конечностей. Измѣненія эти сводятся къ острой атрофіи костей, развивающейся одновременно съ атрофіей мышцъ и трофическими измѣненіями костей, подкожной клѣтчатки, ногтей и волосъ (блестящая и холодная кожа, отечность, ломкость и бороздчатость ногтей, hypertrichosis). Въ свѣжихъ случаяхъ острая костная атрофія характеризуется появленіемъ на рентгеновскомъ снимкѣ свѣтлыхъ пятенъ, въ позднѣйшей стадіи—появленіемъ типичной полосчатости (процессъ разрѣженія костной ткани въ корковыхъ частяхъ). Разъ такія измѣненія найдены, то не можетъ быть сомнѣнія въ наличности тяжелаго нарушенія функціи конечности, хотя бы травма и была очень легкой. Поэтому во всѣхъ случаяхъ, гдѣ разстройство функцій не пропорціонально травмѣ, необходимо изслѣдовать и этотъ объективный симптомъ, который Sudeck по аналогіи съ мышечной атрофіей считаетъ явленіемъ «рефлекторнымъ».

Разстройство функціи пассивныхъ частей сустава—именно неподвижность сустава—очень часто служитъ предметомъ экспертизы. Продолжительная—по большей части даже слишкомъ продолжительная—иммобилизація конечностей послѣ поврежденій суставовъ и костей обыкновенно оставляетъ послѣ себя такое нарушеніе функціи одного или нѣсколькихъ суставовъ, что для устраненія его требуется значительная доля энергіи со стороны пострадавшаго. И вотъ, у извѣстной части пострадавшихъ безъ всякой злой воли съ ихъ стороны этой энергіи не хватаетъ. Даже больше: многіе изъ нихъ тщательно избѣгаютъ всякаго движенія въ поврежденной конечности и этой боязнью движеній поддерживаютъ неподвижность сустава; съ другой стороны, они склонны давать врачу невѣрныя показанія относительно объема движеній въ соотвѣтствующемъ суставѣ. Такъ какъ мы не можемъ принудить пострадавшаго къ активнымъ движеніямъ, то остается только убѣдиться въ его преувеличеніи путемъ пассивныхъ движеній. Но и это связано съ извѣстными трудностями, такъ какъ для примѣненія наркоза требуется согласіе потерпѣвшаго, а насиліе и сильный электрическій

токъ не могутъ быть вообще примѣнены, ибо мы не имѣемъ ни малѣйшаго права употреблять для распознаванія симуляціи болѣзненные и, вообще, жестокіе методы изслѣдованія (Kratter). Впрочемъ, если конечность не лежала въ теченіе долгаго времени въ повязкѣ, шинѣ и пр., то симуляцію можно узнать по отсутствію мышечной атрофіи; на нижнихъ конечностяхъ, при ходьбѣ съ фиксированнымъ суставомъ (чаще всего симулянты фиксируютъ колѣнный суставъ), вслѣдствіе постоянной иннерваціи развивается, напротивъ, гипертрофія мышцъ (Kaufmann); далѣе отъ опытнаго изслѣдователя едва ли можетъ укрыться мышечное сопротивленіе, которое оказываютъ искусные симулянты при попыткѣ произвести движеніе въ яко бы неподвижномъ суставѣ и оказываютъ даже тогда, когда ихъ вниманіе стараются чѣмъ-нибудь отвлечь. Но все-таки съ полной увѣренностью убѣдиться въ наличности симуляціи бываетъ иногда очень трудно. Искусству симулянта приходится противопоставлять различныя уловки при изслѣдованіи и наблюденіи надъ нимъ, пользуясь неизбѣжнымъ у профана недостаточнымъ знаніемъ функціи суставовъ.

Прежде всего при аггравации и симуляціи бросается въ глаза отсутствіе такъ назыв. викарнаго приспособленія суставовъ, свойственнаго всѣмъ дѣйствительнымъ заболѣваніямъ и поврежденіямъ суставовъ. Если симулянту, утверждающему, что у него имѣется анкилозъ локтевого сустава, предложить дотронуться пальцами до груди, то онъ фиксируетъ одновременно плечевой и лучезапястный суставы.—Субъектовъ, которые утверждаютъ, что они могутъ согнуть колѣно, напр., только до 120° и которые при сидѣніи на обыкновенномъ стулѣ дѣйствительно не дѣлаютъ большаго сгибанія, удается иногда изобличить такимъ образомъ, что предлагаютъ имъ сѣсть на низенькую скамейку, дѣлая видъ, что на нихъ не обращаютъ въ это время никакого вниманія; и тогда вдругъ оказывается, что они сгибаютъ ногу до 90°.—Мнѣ неоднократно удавалось заставить паціента произвести то или иное движеніе, придавая ему какое-либо необычное положеніе; напр. паціентъ, который жалуется на невозможность согнуть туловище, безпрепятственно производитъ это движеніе, если его поставить на колѣни. У субъектовъ, утверждающихъ, что рука поднимается у нихъ только до горизонтальнаго положенія, Kirsch разоблачалъ симуляцію такимъ образомъ, что заставлялъ паціента поднять руку до горизонтальнаго положенія, а затѣмъ внезапно предлагалъ ему сѣсть или лечь на низкій диванъ; при этомъ нерѣдко оказывалось, что рука поднимается значительно выше горизонтальнаго положенія. Menier сбивалъ съ толку симулянтовъ такимъ пріемомъ: если, напр., симулянтъ не можетъ поднять руки выше горизонтальнаго положенія, то онъ заставлялъ его производить сгибаніе туловища впередъ и поднимать при этомъ какъ можно выше руки; затѣмъ онъ вдругъ командовалъ: встать! У симулянтовъ, «спеціально не подготовленныхъ», оказывалось при этомъ, что руки находятся на высотѣ головы. Для изслѣдованія функціи нижней конечности, якобы «ослабѣвшей» послѣ несчастнаго случая, Becker прибѣгаетъ къ такой уловкѣ. Онъ говоритъ паціенту, что желаетъ для сравненія изслѣдовать здоровую ногу, и, пока онъ производитъ съ этой ногой различныя манипуляціи, паціентъ остается стоять на «слабой» ногѣ.

Хорошія услуги оказываютъ въ подходящихъ случаяхъ такіе

аппараты, какъ аппаратъ Krukenberg'а (съ маятникомъ) или Herz'а (съ ускореніемъ), которые благодаря инерціи маятника или махового колеса, къ удивленію и противъ воли паціента, увеличиваютъ даже минимальныя движенія якобы неподвижнаго сустава,— конечно, если нѣтъ срощеній или дѣйствительнаго анкилоза, который, впрочемъ, можно распознать съ помощью рентгеновскихъ лучей. Къ сожалѣнію, пройдетъ, вѣроятно, немного времени, и пронырливые симулянты и ихъ учителя поймутъ принципъ и этихъ аппаратовъ.

Не нужно доказывать, что для распознаванія симуляціи заболѣваній суставовъ врачъ долженъ точно узнать физіологическія границы движенія всѣхъ суставовъ и механизмъ ихъ дѣйствія. Такъ, напр., мы должны помнить, что боковое подниманіе руки до горизонтальнаго положенія возможно только тогда, когда m. serratus оттягиваетъ нижній край лопатки немного кнаружи и впередъ и m. cucullaris фиксируетъ верхнюю часть лопатки, между тѣмъ какъ mm. coracobrachialis и biceps слегка оттягиваютъ плечо впередъ. Такимъ образомъ при нормальныхъ условіяхъ боковое подниманіе руки до горизонтальнаго положенія, совершающееся въ конечной стадіи въ articulatio acromioclavicularis, сопровождается вращеніемъ лопатки. Симулянты не только не производятъ этого вращенія, но стараются еще оттянуть руку назадъ, чтобы симулировать препятствіе при движеніи руки въ сторону.

Не менѣе важно обращать вниманіе и на другія, на первый взглядъ даже незначительныя обстоятельства, какъ, напр., на присутствіе мозолей и огрубѣлой кожи на ладоняхъ у человѣка, который утверждаетъ, что уже давно не работаетъ, и который—чего не нужно упускать изъ виду — не пользуется палкой при ходьбѣ. Опытные симулянты знаютъ, что по этому признаку врачи судятъ о трудоспособности, и Thiem разсказываетъ объ одномъ субъектѣ, который работалъ въ перчаткахъ, чтобы не получить мозолей къ сроку, назначенному Имперскимъ страховымъ бюро для освидѣтельствованія. И наоборотъ, у человѣка, который утверждаетъ, что не можетъ ходить безъ палки, должны быть мозоли на той рукѣ, которая держитъ палку. Если женщина заявляетъ, что послѣ поврежденія руки она лишилась способности производить тонкую ручную работу, то у нея нужно изслѣдовать концы большого и указательнаго пальцевъ, чтобы убѣдиться, что на нихъ нѣтъ уколовъ отъ иголки. На ногахъ наличность или отсутствіе кожныхъ затвердѣній на опредѣленныхъ мѣстахъ имѣетъ также діагностическое значеніе. Если пострадавшій при ходьбѣ наступаетъ только на пальцы и если такая походка существуетъ уже давно, то у него не должно быть затвердѣнія кожи на пяткѣ. Иногда, когда изслѣдуемый жалуется на значительное разстройство движеній въ нижнихъ конечностяхъ, бываетъ небезполезно осмотрѣть обувь, чтобы убѣдиться, насколько сносился каблукъ и подметка (Waibel).

Пострадавшіе, склонные къ преувеличенію разстройствъ въ области суставовъ, охотно ссылаются въ подтвержденіе своихъ жалобъ на суставные шумы. Однако въ оцѣнкѣ этого акустическаго и пальпаторнаго симптома нужно по многимъ основаніямъ быть чрезвычайно осторожнымъ. Мы знаемъ, что далеко не всегда этотъ симптомъ зависитъ отъ взаимнаго тренія суставныхъ концовъ, но

что причиной его часто бываетъ движеніе, треніе или растяженіе сухихъ сухожилій и связокъ (Becker). Heller, изслѣдовавшій въ этомъ направленіи 100 рекрутовъ, т. е. молодыхъ и здоровыхъ индивидуумовъ, нашелъ суставные шумы у 40. Нѣкоторые люди умѣютъ производить треніе лопатки о верхнія ребра; получается шумъ, по своей интенсивности вполнѣ напоминающій суставной. (Kaufmann).

Искусственное вызываніе отека путемъ перетяжки конечностей, по моимъ наблюденіямъ, представляетъ величайшую рѣдкость. Доказать искусственное происхожденіе отека въ такихъ случаяхъ обыкновенно не трудно. Въ пользу этого говоритъ, конечно, прежде всего наличность борозды отъ перетяжки и затѣмъ быстрое дѣйствіе массажа и подвѣшиванія конечности. Если отекъ появляется спустя долгое время послѣ поврежденія (Kaufmann), когда конечность уже давно находилась въ работѣ, то это должно вызвать предположеніе объ обманѣ. Но все-таки я считаю нужнымъ предостеречь отъ излишняго увлеченія подозрѣніями и указать на то, что говорилось въ одной изъ предыдущихъ лекцій о «твердомъ травматическомъ отекѣ» на тыльной поверхности кисти и стопы (Vulliet).

Къ числу сложныхъ разстройствъ движеній, особенно часто являющихся объектомъ симуляціи, нужно отнести прихрамывающую походку. Хромота почти всегда преувеличивается. «Симулянтъ видитъ хуже слѣпого, слышитъ хуже глухого, хромаетъ сильнѣе хромого». Это мѣткое выраженіе Becker'а приходитъ мнѣ всегда на память, когда я вижу попытки пострадавшихъ изобразить разстройство походки. Причиной хромоты является, вообще говоря, либо болѣе или менѣе значительная разница въ длинѣ нижнихъ конечностей, или же какое-нибудь разстройство функціи хромающей конечности, чаще всего разстройство функціи одного или нѣсколькихъ суставовъ. Функціи суставовъ нужно, конечно, изслѣдовать. Разница въ длинѣ конечностей вызываетъ хромоту только тогда, когда она больше 2 стм., меньшая разница компенсируется опущеніемъ таза. Вопросъ рѣшается при помощи измѣрительной ленты. Затѣмъ хромота наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда отягощеніе конечности вызываетъ боли; паціентъ старается по возможности сократить продолжительность отягощенія больной ноги, удлиняя періодъ отягощенія здоровой ноги, чѣмъ достигается своего рода отдыхъ для больной ноги. Наконецъ хромота можетъ быть вызвана параличемъ отдѣльныхъ мышечныхъ группъ. Подробное изслѣдованіе суставовъ и мышцъ, опредѣленіе реакціи перерожденія въ парализованныхъ мышцахъ при помощи гальваническаго тока, а главное внимательное наблюденіе за паціентомъ во время ходьбы — даютъ возможность выяснить истину.

Если хромота не остается одинаковой, если сила и характеръ ея мѣняются, въ особенности при ходьбѣ съ закрытыми глазами, то это въ высокой степени подозрительно. Опытный врачъ не преминетъ посмотрѣть походку паціента, когда тотъ не знаетъ, что за нимъ наблюдаютъ, напр., когда онъ выходитъ на улицу изъ квартиры врача. Едва ли есть надобность прибѣгать къ такимъ радикальнымъ средствамъ, какія рекомендуетъ Isfordink, который давалъ одному солдату, подозрѣвавшемуся въ симуляціи хромоты, слабительное до тѣхъ поръ, пока тотъ однажды, при внезапномъ

позывѣ на низъ, не бросился бѣжать въ отхожее мѣсто, позабывъ про свою хромоту [1]).

Плоская стопа нерѣдко является предметомъ жалобъ послѣ поврежденія нижнихъ конечностей; жалобы эти приходится слышать даже отъ такимъ пацiентовъ, у которыхъ pes valgus существовалъ уже до несчастнаго случая, въ чемъ можно убѣдиться путемъ изслѣдованія стопы на здоровой сторонѣ. Если и на здоровой сторонѣ существуетъ плоская стопа, то на первый взглядъ можетъ показаться, что жалобы пацiента неосновательны. Но нужно прежде убѣдиться, что подъ вліяніемъ травмы не уменьшилась упругость стопы, для чего необходимо изслѣдовать активную и пассивную супинацію стопы (Schatz). Въ этомъ отношеніи очень цѣнно сравненіе со здоровой ногой.

Заканчивая настоящую лекцію, я коснусь еще одного симптома, встрѣчающагося при многихъ нервныхъ болѣзняхъ и нерѣдко дѣлающагося объектомъ симуляціи: я говорю о дрожаніи. Это непроизвольное движеніе варіируетъ при различныхъ болѣзняхъ (неврастенія, множественный склерозъ, paralysis agitans, прогрессивный параличъ, алкоголизмъ, ртутное отравленіе) въ отношеніи равномѣрности, амплитуды колебаній, ритма, равно какъ въ отношеніи воздѣйствія на него произвольныхъ движеній и психическихъ раздраженій. Симуляція дрожанія очень трудна и требуетъ продолжительныхъ упражненій и большого упорства; но зато еще труднѣе изобличить симулянта, преодолѣвшаго эти трудности. Одинъ разъ это мнѣ удалось при помощи слѣдующаго пріема. Пацiентъ, симулировавшій размашистое дрожаніе лѣвой руки, былъ послѣ изслѣдованія отведенъ вмѣстѣ съ сопровождавшей его женой въ маленькую боковую комнатку. Наблюдая за нимъ въ щелку, я видѣлъ, что, какъ только онъ оставался наединѣ съ женой, дрожаніе у него прекращалось, а какъ только онъ слышалъ приближающіеся шаги, оно начиналось снова. Fuchs рекомендуетъ отвлечь чѣмъ-либо вниманіе изслѣдуемаго (заставить его обводить карандашемъ фигуры или изображать въ воздухѣ буквы и пр.) и въ это время наблюдать за дрожащей частью тѣла. Если дрожаніе продолжается, то это говоритъ противъ симуляціи; но обратное не доказываетъ еще симуляціи. Симулированное дрожаніе ногъ прекращается, если ноги теряютъ подъ собой опору. Такъ, если положить пацiента на спину и заставить его поднять ноги кверху или положить его на животъ съ согнутыми въ колѣняхъ ногами (Erben), то симуляція дрожанія дѣлается невозможной. Seeligmüller достигалъ той же цѣли тѣмъ, что подкладывалъ подъ дрожащую ногу смазанную жиромъ стеклянную пластинку.

Все сказанное нами о симуляціи и аггравацiи, далеко не исчерпывающее всей богатой литературы предмета, приводитъ насъ къ тому выводу, что доказать положительнымъ образомъ обманъ со стороны потерпѣвшаго въ большинствѣ случаевъ очень трудно и что безъ такого положительнаго доказательства добросовѣстный врачъ не долженъ высказывать подозрѣній относительно симуляціи. Въ оцѣнкѣ преувеличеній, которыя встрѣчаются далеко не рѣдко, врачъ обнаруживаетъ тѣмъ большую осторожность, чѣмъ больше онъ знаетъ людей и жизнь.

---

[1]) Такой «забавный» пріемъ едва ли бы стали у насъ примѣнять даже къ солдату. Врачъ не имѣетъ права давать пацiенту сильнодѣйствующія средства, если не преслѣдуетъ при этомъ интересовъ больного. Прим. перев.

XI Лекція.

Опредѣленіе экономическихъ послѣдствій несчастнаго случая, т. е. причиненнаго имъ матеріальнаго вреда. — Уменьшеніе работоспособности.—Значеніе возраста, пола, рода занятій и мѣстожительства.—Возможность выбора новой профессіи.—Полная неработоспособность и безпомощность.—Полная рента.—Частичное пониженіе работоспособности; временная и постоянная неработоспособность.—Частичная рента.—Рента на время приспособленія (переходная рента).—Выраженіе матеріальнаго вреда въ цифрахъ.—Вычисленіе частичной ренты.—«Простыя поврежденія».—Таблицы и схемы для процентнаго опредѣленія матеріальнаго вреда и вычисленія ренты.—(Приложеніе. Русское законодательство).

Ознакомившись въ предыдущихъ лекціяхъ съ опредѣленіемъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ съ научной стороны, мы перейдемъ теперь къ вопросу объ экономическихъ послѣдствіяхъ несчастныхъ случаевъ какъ для самого пострадавшаго, такъ и для учрежденій, на которыхъ законъ возлагаетъ страховой рискъ. Напомню, что законъ предписываетъ возмѣщеніе того матеріальнаго вреда, который причиненъ пострадавшему несчастнымъ случаемъ, и что въ ряду факторовъ, служащихъ для опредѣленія этого вреда, законъ ставитъ на первомъ планѣ заключеніе свѣдущаго врача, эксперта.

Первый вопросъ, на который, согласно закону, долженъ отвѣтить врачъ въ своемъ заключеніи, гласитъ: оставилъ ли послѣ себя несчастный случай потерю или уменьшеніе работоспособности, и если оставилъ, то является ли данное уменьшеніе работоспособности только временнымъ или оно останется въ томъ же или въ измѣненномъ объемѣ на долгое время?

Мы займемся прежде всего первой половиной этого вопроса. Въ одной изъ предыдущихъ лекцій мы уже ознакомились съ тѣмъ, что по закону и на практикѣ разумѣется подъ понятіями «работоспособность» и «неработоспособность». Мы знаемъ, какая разница существуетъ между понятіями «трудоспособность» и «работоспособность»: разница эта лучше всего выясняется изъ мѣткаго опредѣленія «работоспособности», которое даетъ Miller: «Подъ работоспособностью въ смыслѣ страхового законодательства разумѣется возможность примѣнить свою трудоспособность для заработка». Потеря этой возможности лишаетъ рабочаго заработка, уменьшеніе—уменьшаетъ заработокъ. Отсюда вытекаетъ установленіе различныхъ степеней неработоспособности—полной и частичной неработоспособности, т. е. невозможности примѣнить для заработка всей или части рабочей силы.

При этомъ нужно твердо помнить, что дѣло здѣсь идетъ о степени неработоспособности даннаго индивидуума для рабочаго рынка вообще, а отнюдь не о предполагаемомъ только уменьшеніи его за-

работка [1]). Послѣдняя точка зрѣнія оставлена всѣми территоріальными страховыми учрежденіями Австріи уже больше 10 лѣтъ тому назадъ, и примѣняется теперь только въ желѣзнодорожныхъ промысловыхъ товариществахъ и въ ихъ третейскихъ судахъ [2]).

Такъ какъ на обязанности врача лежитъ опредѣленіе степени имѣющейся въ каждомъ данномъ случаѣ неработоспособности и такъ какъ на основаніи заключенія врача страховыя учрежденія и судъ опредѣляютъ размѣры вреда, полученнаго пострадавшимъ, то врачъ долженъ имѣть въ виду два момента: во-первыхъ, физическое и психическое состояніе пострадавшаго и, во-вторыхъ, родъ его занятій. Само собой понятно, что какъ здоровый рабочій, такъ и рабочій съ пониженной работоспособностью легче можетъ найти работу, если онъ не ограниченъ въ приложеніи своей рабочей силы какой-нибудь небольшой частью рабочаго рынка и можетъ искать заработка на всемъ рабочемъ рынкѣ. Такъ, для чернорабочаго анкилозъ отдѣльныхъ суставовъ пальцевъ представляетъ ceteris paribus меньше вреда, чѣмъ для квалифицированнаго рабочаго, принужденнаго искать новый для себя родъ занятій.

Поэтому для насъ въ высокой степени важно изучить различныя категоріи работъ и знать, къ какой изъ этихъ категорій принадлежалъ пострадавшій до несчастнаго случая. Въ самомъ дѣлѣ, если пострадавшій, благодаря послѣдствіямъ несчастнаго случая, перешелъ изъ болѣе высокой категоріи въ болѣе низкую, то, несмотря на то, что въ этой послѣдней категоріи онъ зарабатываетъ столько же, сколько и здоровые рабочіе этой категоріи, все-таки самый переходъ отъ лучше оплачиваемаго труда къ хуже оплачиваемому является для него именно тѣмъ матеріальнымъ вредомъ, который, согласно закону, долженъ быть возмѣщенъ. Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ передъ собой, согласно опредѣленію Имперскаго страхового бюро, «ограниченіе возможностей, которыя представляетъ пострадавшему рабочій рынокъ для приложенія его знаній и способностей». Въ виду сказаннаго, я считаю не лишнимъ привести классификацію работъ, сдѣланную Waibel'емъ на основаніи многочисленныхъ рѣшеній Имперскаго страхового бюро въ Германіи,— классификацію, которая перешла затѣмъ во всѣ учебники и руководства по травматологіи. Waibel различаетъ слѣдующія категоріи:

«1. Рабочіе, живущіе примѣненіемъ грубой физической силы, причемъ отъ нихъ не требуется ни тонкихъ движеній пальцевъ и рукъ, ни сложной работы органовъ чувствъ и ума (дровоколы, каменотесы, грузчики, землекопы, дорожные рабочіе, метельщики улицъ, сельскохозяйственные рабочіе и проч.). У такихъ рабочихъ незначительныя поврежденія пальцевъ или небольшіе де-

---

[1]) Пострадавшему можетъ, напр., представиться случай получать прежнюю плату, несмотря на пониженную работоспособность; но это не лишаетъ его права на ренту, ибо право это обусловливается той оцѣнкой его работоспособности, которую онъ можетъ встрѣтить вообще на рабочемъ рынкѣ, а не при какихъ-либо исключительныхъ условіяхъ. Прим. перев.

[2]) Какъ мы уже указали выше (см. сноска на стр. 7), страхованіе отъ несчастныхъ случаевъ организовано въ Австріи на территоріальномъ началѣ. Но желѣзнодорожныя предпріятія выдѣлены въ особую профессіональную категорію, организованную по типу германскихъ промысловыхъ товариществъ. Прим. перев.

фекты въ органахъ чувствъ, а также незначительное ограниченіе подвижности конечностей и туловища имѣютъ сравнительно небольшое вліяніе на трудоспособность и не понижаютъ въ измѣримой степени ихъ работоспособности. Такого рода незначительныя уклоненія отъ нормы не ограничиваютъ замѣтнымъ образомъ сферы приложенія труда этой категоріи рабочихъ на рабочемъ рынкѣ и потому не причиняютъ имъ матеріальнаго вреда, который подлежалъ бы возмѣщенію путемъ выдачи ренты. Напротивъ, болѣе значительное ограниченіе подвижности въ крупныхъ суставахъ, въ особенности на нижнихъ конечностяхъ, или слабость этихъ послѣднихъ или, наконецъ, внутреннія заболѣванія грудныхъ и брюшныхъ органовъ имѣютъ для нихъ гораздо большее значеніе, чѣмъ для рабочихъ другихъ категорій.

2. Рабочіе, отъ которыхъ кромѣ рабочей силы требуется еще извѣстная ловкость во всемъ тѣлѣ (рабочіе, занятые на постройкахъ, имѣющіе дѣло съ лѣсами и лѣстницами, затѣмъ плотники, каменщики, обойщики, маляры, горнорабочіе, судорабочіе, матросы и пр.). Незначительные дефекты на пальцахъ тоже не имѣютъ для нихъ значенія, но зато даже небольшое нарушеніе въ дѣятельности и подвижности суставовъ и конечностей уже понижаетъ замѣтнымъ образомъ ихъ работоспособность.

3. Рабочіе, производящіе главнымъ образомъ ручную работу. Здѣсь нужно отличать, производятъ ли они грубую или болѣе тонкую работу (къ первой группѣ относятся щеточники, чесальщики шерсти, корзинщики, папиросники, рабочіе, производящіе соломенныя издѣлія; ко второй—портные, сапожники, столяры и большинство фабричныхъ рабочихъ). У первой группы незначительныя разстройства органовъ чувствъ не играютъ большой роли, въ особенности если работа производится машиннымъ способомъ; у второй группы ограниченіе подвижности или другіе дефекты крупныхъ суставовъ, въ особенности на ногахъ, имѣютъ гораздо меньшее значеніе для работоспособности, чѣмъ какое-нибудь даже небольшое поврежденіе рукъ.

4. Рабочіе, отъ которыхъ требуется значительная ловкость рукъ наряду съ изощренностью органовъ чувствъ и извѣстнымъ умственнымъ развитіемъ (кузнецы, производящіе ковку изящныхъ предметовъ, часовщики, ювелиры, машинисты, инженеры, конторскіе служащіе). У этой категоріи рабочихъ даже небольшіе дефекты на пальцахъ рукъ или на кистяхъ, или незначительныя разстройства органовъ чувствъ, въ особенности зрѣнія, слуха и осязанія или, наконецъ, хроническія страданія нервной системы оказываютъ большее вліяніе на работоспособность, чѣмъ поврежденія крупныхъ суставовъ, въ особенности на нижнихъ конечностяхъ или какія-либо легкія внутреннія заболѣванія грудныхъ и брюшныхъ органовъ».

Въ этой прекрасной классификаціи Waibel'я имѣются, конечно, пробѣлы, которые мы должны по возможности заполнить. Каждый врачъ-травматологъ долженъ изучать характеръ занятій въ различныхъ профессіяхъ и—что еще лучше—посѣщать мастерскія и фабрики и лично наблюдать различныя производства. Въ этомъ направленіи сдѣланъ недавно полезный почннъ Eisner'омъ, который устроилъ рядъ экскурсій съ объясненіями на заводы, фабрики,

мастерскія и пр. При болѣе внимательномъ изученіи различныхъ профессій легко замѣтить, что иногда въ одной и той же отрасли производства существуютъ различныя работы, предъявляющія неодинаковыя требованія къ работоспособности рабочихъ; такъ, напр., среди пекарей существуетъ двѣ категоріи рабочихъ: рабочіе, размѣшивающіе тѣсто, и рабочіе, занятые у печи (топка печи, сажаніе тѣста); среди шляпниковъ также двѣ категоріи—валяльщики и рабочіе, отдѣлывающіе шляпы, и т. д. Въ крупныхъ производствахъ рабочіе специализируются по отдѣльнымъ занятіямъ, въ мелкихъ, напротивъ, каждому рабочему приходится нерѣдко производить самыя разнообразныя работы. Важно также знать, какія работы производятся сидя, какія стоя, при какихъ рабочему приходится вращать ногой маховое колесо, какія работы производятся въ жаркомъ помѣщеніи, какія на холоду, какія при постоянно мѣняющейся температурѣ и пр.

Кромѣ сферы приложенія труда врачу-эксперту приходится еще считаться съ другими моментами, прежде всего съ возрастомъ и поломъ рабочаго. Въ то время какъ молодой рабочій можетъ безъ особой траты силъ изучить новую, болѣе подходящую къ состоянію его здоровья профессію, для рабочаго, посѣдѣвшаго на опредѣленной работѣ, это уже далеко не такъ легко. Если онъ въ теченіе 1—2 десятковъ лѣтъ постоянно носилъ тяжести, то онъ не можетъ уже перейти къ какой-нибудь болѣе тонкой работѣ, напр., сдѣлаться ювелиромъ; и наоборотъ, послѣ многихъ лѣтъ тонкой ручной работы ему не легко взяться за трудъ, требующій мускульной силы или подвижности.

Точно также необходимо имѣть въ виду, что для женскаго труда, имѣющаго примѣненіе главнымъ образомъ тамъ, гдѣ требуется ловкость пальцевъ, выборъ занятій вообще сравнительно ограниченъ, и что даже незначительныя искривленія и дефекты у женщины рѣзко понижаютъ цѣну ея рабочей силы на рабочемъ рынкѣ.

Въ Германіи со времени распространенія страхованія отъ несчастныхъ случаевъ на сельско-хозяйственныхъ и лѣсныхъ рабочихъ приходится считаться и съ мѣстожительствомъ пострадавшаго, хотя вопросъ о вліяніи мѣстожительства на сферу приложенія труда и выходитъ изъ предѣловъ врачебной компетенціи. Основное правило, которымъ руководятся при опредѣленіи работоспособности промышленныхъ рабочихъ — именно, что работоспособность опредѣляется не только по отношенію къ прежней профессіи пострадавшаго, это правило, согласно рѣшенію Имперскаго страхового бюро, не можетъ быть въ полной мѣрѣ прилагаемо въ области страхованія сельскохозяйственныхъ и лѣсныхъ рабочихъ. «Сельскохозяйственные и лѣсные рабочіе гораздо сильнѣе, чѣмъ промышленные рабочіе, привязаны къ мѣсту, гдѣ они родились. Для нихъ поэтому труднѣе найти въ какой-либо другой области хозяйственной жизни работу, соотвѣтствующую ихъ физическимъ и психическимъ способностямъ. Эта привязанность къ мѣсту, естественно вытекающая изъ самой природы вещей, должна быть учитываема при опредѣленіи работоспособности пострадавшаго сельскохозяйственнаго рабочаго. Отъ него, слѣдовательно, нельзя требовать, чтобы онъ искалъ себѣ работу гдѣ-нибудь внѣ ближайшихъ окрестностей его селенія и занялся чѣмъ-нибудь помимо привычной для него работы—виноградаря, хлѣбопашца и пр.».

Только взвѣсивъ всѣ указанные выше моменты, экспертъ можетъ отвѣтить на другой, предлагаемый ему нерѣдко вопросъ: «Къ какой отрасли труда можетъ пострадавшій быть способенъ въ будущемъ?» Здѣсь иногда требуется знаніе различныхъ отраслей труда, доступныхъ для рабочаго вообще и для пострадавшаго въ частности. Впрочемъ въ большинствѣ случаевъ рѣчь идетъ о работахъ не квалифицированныхъ—сторожей, привратниковъ, посыльныхъ, или о такихъ, которыя могутъ выполняться сидя (при тяжелыхъ поврежденіяхъ нижнихъ конечностей).

Въ общемъ при оцѣнкѣ экономическихъ послѣдствій увѣчья, т. е. причиненнаго имъ «вреда», нужно принимать во вниманіе только положеніе, которое займетъ пострадавшій на рабочемъ рынкѣ, а отнюдь не различныя случайныя обстоятельства, которыя могутъ внезапно создать неблагопріятныя для пострадавшаго условія. Великодушіе предпринимателя, оставляющаго пострадавшему прежнюю плату, тоже не должно приниматься въ разсчетъ, такъ какъ великодушіе можетъ быть временнымъ, предпріятіе можетъ перейти въ другія руки или вовсе прекратиться и т. п. Съ другой стороны, если рабочій съ вполнѣ возстановившимся здоровьемъ не можетъ найти себѣ работы, то это не даетъ основанія считать его неработоспособнымъ (Waibel).

Въ какихъ случаяхъ мы признаемъ полную неработоспособность? Пока леченіе не закончено — почти во всѣхъ случаяхъ, по окончаніи леченія только въ тѣхъ, гдѣ — какъ гласитъ одно рѣшеніе Имперскаго страхового бюро — «рабочій при данныхъ особенностяхъ случая, при данномъ уровнѣ подготовки и при данномъ состояніи его тѣлесныхъ и душевныхъ силъ не въ состояніи снискать себѣ пропитаніе работой». Сюда относятся: выраженныя, неизлечимыя душевныя болѣзни, тяжелое истощеніе, сопровождающееся полной потерей силъ, параличи конечностей, мочевого пузыря и прямой кишки (спинномозговые параличи), тяжелыя страданія органовъ груди и живота съ общимъ истощеніемъ или водянкой, полная слѣпота, наконецъ потеря или значительное обезображеніе важныхъ частей тѣла. Однако не слѣдуетъ слишкомъ поспѣшно дѣлать заключеніе о полной неработоспособности. Травматологическая практика показываетъ, что состояніе пострадавшаго можетъ иногда, спустя много времени, неожиданно улучшиться (Dittrich). За исключеніемъ случаевъ, гдѣ полная нетрудоспособность ясна уже а priori, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ необходимо долгое время слѣдить за пострадавшимъ и повторно его изслѣдовать. По дѣйствующему австрійскому законодательству полная неработоспособность оцѣнивается въ 60% средняго заработка, по «проекту» [1])—въ 300-кратный средній ежедневный заработокъ, по германскому закону—въ $66^2/_3$% прежняго заработка пострадавшаго. Исчисленная такимъ образомъ рента носитъ названіе полной ренты [2]).

---

[1]) Рѣчь идетъ о законопроектѣ, внесенномъ въ рейхсратъ и имѣющемъ въ виду реформу страхового законодательства, см. стр. 8 и 9.

Прим. перев.

[2]) Нормы, установленныя русскимъ закономъ, приведены нами на стр. 13 и 14.

Прим. перев.

При сравненіи назначаемой теперь въ Австріи полной ренты съ нормами «проекта» оказывается, что «проектъ» нѣсколько повышаетъ ренту, причемъ повышеніе это особенно значительно для категорій рабочихъ съ высокимъ заработкомъ.

Согласно «проекту» полная рента можетъ быть назначаема и такимъ пострадавшимъ, у которыхъ нѣтъ полной неработоспособности, въ томъ случаѣ, когда для полнаго возстановленія здоровья пострадавшаго или для улучшенія его состоянія требуется особый уходъ. Такая рента носитъ названіе «ренты выздоравливающихъ», «ренты привыканія» (Rekonvaleszentenrente, Gewöhnungsrente). Въ дальнѣйшемъ мы еще вернемся къ этому пункту.

Австрійскій «проектъ» и германскій дѣйствующій законъ допускаютъ повышеніе полной ренты въ тѣхъ случаяхъ, когда увѣчье сопровождается полной безпомощностью, т. е. когда пострадавшій не можетъ обходиться безъ посторонней помощи; по австрійскому проекту рента увеличивается въ такихъ случаяхъ въ $1^1/_2$ раза (для желѣзнодорожныхъ рабочихъ—въ 2 раза), въ Германіи рента можетъ быть доведена до 100% годового заработка, т. е. можетъ быть повышена максимумъ на $33^1/_3$%. Объяснительная записка австрійскаго законопроекта, не останавливаясь на мотивировкѣ этого постановленія, предоставляетъ опредѣленіе «безпомощности» на усмотрѣніе врача-эксперта; въ мотивахъ же къ германскому закону (1900 г.) «безпомощными» называются тѣ лица, которыя по характеру ихъ внутреннихъ или внѣшнихъ заболѣваній не могутъ обходиться безъ посторонней помощи даже для удовлетворенія обычныхъ физическихъ потребностей. При этомъ безразлично, ухаживаютъ ли за пострадавшимъ родственники его и вообще лица, живущія въ одной съ нимъ семьѣ, или совершенно посторонніе люди. Такимъ образомъ, если австрійскій проектъ сдѣлается закономъ, задача врача при установленіи факта «безпомощности» будетъ сравнительно простой: такъ, напр., при слѣпотѣ, полномъ параличѣ, неизлечимой душевной болѣзни и т. п. «безпомощность» будетъ совершенно очевидной. Въ Германіи же приходится считаться съ различными степенями безпомощности и устанавливать, насколько должна быть повышена полная рента въ предѣлахъ отъ $66^2/_3$ до 100%. При этомъ принимается въ разсчетъ, насколько велика потребность пострадавшаго въ посторонней помощи (Becker).

Больше трудностей представляетъ для врача-эксперта опредѣленіе частичнаго уменьшенія работоспособности и цифровая оцѣнка такого уменьшенія. По заключенію Имперскаго страхового бюро о частичномъ уменьшеніи работоспособности говорятъ въ тѣхъ случаяхъ, когда «пострадавшій, благодаря послѣдствіямъ несчастнаго случая, ограниченъ въ выборѣ занятій, т. е. не можетъ по своему желанію избирать себѣ профессію». При этомъ, опредѣляя вредъ, причиненный пострадавшему несчастнымъ случаемъ, экспертъ долженъ имѣть въ виду не какого-нибудь нормальнаго рабочаго вообще, обладающаго работоспособностью въ 100%, но исключительно даннаго индивидуума, подлежащаго экспертизѣ, т. е. ту работоспособность, которую этотъ индивидуумъ имѣлъ до несчастнаго случая, и отъ которой онъ вслѣдствіе этого случая потерялъ опредѣленную часть. «Уменьшеніе работоспособности опредѣляется всегда по отношенію къ прежней, существовавшей до несчаст-

наго случая, **индивидуальной** работоспособности пострадавшаго» (**Becker**) [1]).

«Уменьшеніе работоспособности, говоритъ **Waibel**, обусловливается ограниченіемъ или полнымъ разстройствомъ функціи органовъ чувствъ или отдѣльныхъ частей тѣла, ослабленіемъ физическихъ силъ или разстройствомъ умственныхъ способностей». Къ этому надо прибавить еще обезображеніе видимыхъ частей тѣла, имѣющее особенное значеніе у женщинъ. При установленіи и измѣреніи частичной неработоспособности необходимо принимать во вниманіе какъ **общее состояніе** пострадавшаго—его питаніе, мышечную силу, вѣсъ, состояніе духа и пр.,—такъ и **мѣстныя измѣненія**—состояніе мускулатуры и подвижность суставовъ на поврежденной сторонѣ, чувствительность, внѣшній видъ и подвижность рубцовъ, состояніе кожи, присутствіе опухолей или воспалительныхъ явленій, физическія измѣненія послѣ поврежденія внутреннихъ органовъ и т. д.; затѣмъ должно быть выяснено **вліяніе** всѣхъ найденныхъ измѣненій на работоспособность пострадавшаго.

Эти цитаты, въ которыхъ авторы стараются представить въ схематическомъ видѣ задачу врача-эксперта при опредѣленіи частичнаго пониженія работоспособности, я привожу только для того, чтобы показать, что здѣсь какъ-разъ никакая схематизація невозможна. То, что мы называемъ экспертизой, является результатомъ сложной умственной работы, въ которой принимаютъ участіе три фактора—опытность врача, его добросовѣстность и его дарованія.

Если все сказанное относится къ первой части вопроса, предъявляемаго эксперту, то это еще въ большей степени приложимо ко второй его части, т. е. къ вопросу о томъ, является ли данная степень неработоспособности **временной** или **постоянной**? При этомъ выраженіе «постоянный» нужно понимать съ оговоркой, такъ какъ иногда даже спустя много лѣтъ наступаетъ улучшеніе въ состояніи здоровья потерпѣвшаго и такъ какъ назначеніе пожизненной ренты вообще не предусматривается законодателемъ.

Предсказаніе, какъ извѣстно, является вообще слабой стороной врачебнаго искусства. Врачъ—не пророкъ и потому съ предсказаніями онъ долженъ быть особенно осторожнымъ и по возможности избѣгать рѣшительныхъ выраженій. Это правило относится и къ посттравматическимъ заболѣваніямъ, въ особенности къ заболѣваніямъ внутреннихъ органовъ и нервной системы. При поврежденіяхъ конечностей дѣло обстоитъ нѣсколько лучше. Здѣсь даже можно проявить нѣкоторый оптимизмъ, хотя слишкомъ далеко заходить въ этомъ отношеніи не слѣдуетъ. Совершенно правильно выраженіе, что «пострадавшій самъ себѣ помогаетъ», въ особенности если онъ къ этому вынужденъ, и наблюденія надъ быстрымъ приспособленіемъ къ увѣчьямъ лицъ не застрахованныхъ даетъ основаніе ставить оптимистическое предсказаніе и у застрахованныхъ.

При этомъ большую роль играютъ добрая воля пострадавшаго, надлежащее приспособленіе сосѣднихъ здоровыхъ суставовъ, упраж-

---

[1]) Тотъ же принципъ принятъ и въ русскомъ законѣ. «При опредѣленіи степени ослабленія трудоспособности эта послѣдняя до несчастнаго случая признается равною 100, хотя бы потерпѣвшій ранѣе и не былъ вполнѣ трудоспособнымъ». Ст. 8 «Правилъ къ руководству для опредѣленія ослабленія трудоспособности», «Правила» эти мы приведемъ цѣликомъ въ приложеніи. Прим. перев.

ненія и время. Что приспособленіе возможно, объ этомъ свидѣтельствуетъ та перемѣна, которая произошла въ послѣднее время во взглядѣ Имперскаго страхового бюро въ Германіи на неработоспособность отъ поврежденія пальцевъ. Практика этого учрежденія за послѣдніе годы признала, что на привыканіе къ послѣдствіямъ несчастнаго случая нужно смотрѣть, какъ на улучшеніе въ смыслѣ требованій закона, и что «въ особенности мелкія поврежденія пальцевъ не должны считаться основаніемъ для назначенія постоянной ренты, такъ какъ здѣсь рано или поздно наступаетъ полное приспособленіе». Мы хорошо знаемъ, что какъ-разъ при поврежденіяхъ пальцевъ, сопровождающихся анкилозомъ суставовъ, потерей отдѣльныхъ фалангъ и даже цѣлыхъ пальцевъ, привыканіе можетъ вести въ концѣ концовъ къ полному возстановленію работоспособности. Нѣсколько замѣчательныхъ примѣровъ этого рода описалъ Blasius[1]). Такія же наблюденія сообщены и другими авторами (Bogatsch, Thiem, Lauenstein, Müller и др.). Не подлежитъ сомнѣнію, что несознательные люди, обладающіе большой силой воли, могутъ, несмотря на различные анатомическіе недостатки, добиться удивительныхъ результатовъ въ отношеніи функціи поврежденныхъ органовъ. Я зналъ одного увѣчнаго, у котораго были отняты оба предплечья въ верхней трети и который прекрасно пользовался ножомъ и вилкой, держа ихъ въ локтевыхъ сгибахъ при сильномъ сгибаніи культи. Нѣкоторые изъ моихъ современниковъ помнятъ, вѣроятно, также одного безрукаго скрипача, вызывавшаго восторги высокоразвитой техникой ножныхъ пальцевъ. Однако такихъ подвиговъ нельзя требовать отъ каждаго пострадавшаго, и, когда нѣкоторыя промысловыя товарищества (какъ это, напр., сдѣлало въ 1908 г. Германское сѣверо-западное желѣзодѣлательное товарищество, выпустившее агитаціонную брошюру [2]) съ богатой казуистикой) требуютъ отъ врачей болѣе благопріятной прогностической оцѣнки поврежденій въ особенности пальцевъ, ссылаясь при этомъ на аппеляціонную практику Имперскаго страхового бюро, то къ такому требованію, вытекающему изъ вполнѣ понятныхъ матеріальныхъ соображеній, нужно отнестись съ большой осторожностью. Ledderhose справедливо замѣчаетъ, что, опредѣляя степень пониженія работоспособности при поврежденіяхъ пальцевъ, нужно на первомъ планѣ руководиться не размѣрами этого поврежденія, а наличностью и серьезностью осложненій. «Такъ, напр., при здоровой культѣ даже потеря двухъ фалангъ указательнаго пальца можетъ совершенно не отразиться на работоспособности, между тѣмъ какъ потеря 1 стм. ногтевой фаланги можетъ оказать рѣзкое вліяніе на работоспособность, если имѣются приросшіи, чувствительный рубецъ и трофическія разстройства на пальцѣ». Всякій хирургъ согласится съ такимъ воззрѣніемъ и признаетъ недопустимость при поврежденіяхъ пальцевъ—какъ, конечно, и при всякихъ другихъ поврежденіяхъ—шаблонныхъ заключеній. Конечно, вполнѣ естественно, что промысловыя товарищества, несущія тяжелое матеріальное бремя, стараются использовать всѣ возможности для уменьшенія своихъ расходовъ; но—какъ справедливо говоритъ Ledderhose—такого рода соображенія не должны оказы-

[1]) Monatsschr. f. Unfallh. 1894, №№ 10 и 11.

[2]) Эта брошюра подвергнута критикѣ въ статьѣ G. Ledderhose въ «Deutsche Med. Woch.» (1908, № 19); подробный рефератъ этой статьи данъ нами въ № 4 «Врачебной Газеты» за 1909 г., стр. 127. Прим. перев.

вать какое-либо давленіе на нашу дѣятельность въ области соціальной медицины и въ особенности въ области экспертизы; «чтобы показать полную свою независимость отъ той и другой стороны, мы должны давать свое заключеніе, сообразуясь только съ научно установленными положеніями и съ предписаніями закона и отнюдь не считаясь съ тѣмъ, принесетъ ли наше заключеніе выгоду или невыгоду застрахованнымъ рабочимъ или промысловымъ товариществамъ и страховымъ учрежденіямъ».

Встрѣчаются, однако, случаи поврежденій пальцевъ и кисти, гдѣ возвращеніе пострадавшаго къ своимъ обычнымъ занятіямъ является желательнымъ, но гдѣ, вслѣдствіе различныхъ соображеній субъективнаго, объективнаго и экономическаго характера (болѣзненность рубца, контрактура отдѣльныхъ мышцъ, анкилозъ суставовъ, недостатокъ довѣрія пострадавшаго къ самому себѣ и недостатокъ довѣрія къ нему со стороны работодателя), необходимо облегчить ему переходъ къ полной или почти полной работоспособности путемъ назначенія переходной ренты или, какъ ее иначе называютъ, ренты «привыканія». Предлагая назначить такую ренту, экспертъ долженъ привести мотивы своего предложенія. Переходная рента, въ особенности если она не слишкомъ низка, имѣетъ выдающееся психологическое значеніе; вынуждая пострадавшаго къ труду, она предупреждаетъ развитіе у него чувства недовольства недостаточными якобы размѣрами ренты, ведущаго къ сутяжничеству и работобоязни; такая рента вполнѣ умѣстна и при травматическихъ неврозахъ. Она облегчаетъ пострадавшему первоначальныя трудности при возобновленіи работы, миритъ его съ болѣзненностью рубцовъ и пр., такимъ образомъ самое тяжелое время проходитъ незамѣтно. Во всякомъ случаѣ переходная рента можетъ принести больше пользы, чѣмъ устройство спеціальныхъ мастерскихъ для лицъ съ неполной работоспособностью, какъ это предложилъ Duchêne (Люттихъ); отсутствіе соревнованія съ здоровыми товарищами должно въ такихъ учрежденіяхъ дѣйствовать крайне неблагопріятно. Цѣлесообразнѣе предложеніе Höflmayer'а облегчать привыканіе къ работѣ путемъ постепеннаго увеличенія числа рабочихъ часовъ; но, конечно, для того чтобы при этомъ не страдали матеріальные интересы пострадавшихъ, необходимо проведеніе спеціальнаго закона. Такимъ образомъ мы можемъ въ своей экспертизѣ высказаться только вообще за возможность въ данномъ случаѣ привыканія къ послѣдствіямъ несчастнаго случая и предложить назначеніе переходной ренты, но при этомъ, по вполнѣ понятнымъ причинамъ, мы должны быть очень осторожны въ опредѣленіи продолжительности этой ренты, такъ какъ мы не въ состояніи учесть всѣ или даже большинство дѣйствующихъ здѣсь факторовъ. Въ такихъ случаяхъ страховыя учрежденія назначаютъ одно или нѣсколько повторныхъ освидѣтельствованій съ промежуткомъ въ нѣсколько мѣсяцевъ (освидѣтельствованія пострадавшаго черезъ болѣе короткіе промежутки— въ нѣсколько недѣль—не достигаютъ цѣли.—Pietrzykowsky); при повторныхъ осмотрахъ пострадавшаго мы изслѣдуемъ, увеличилась ли въ объемѣ мускулатура поврежденнаго органа и появились-ли мозоли на рукахъ и изъ этого заключаемъ, работаетъ ли дѣйствительно паціентъ или нѣтъ. Нужно поэтому считать вполнѣ цѣлесообразнымъ, если врачъ въ своей экспертизѣ высказывается за

назначеніе такихъ періодическихъ послѣдовательныхъ переосвидѣтельствованій.

Такія переосвидѣтельствованія предусмотрѣны въ законѣ. Мы уже упомянули, что законодатель (§ 39 австрійскаго закона о страховании отъ несчастныхъ случаевъ, § 219 «проекта», § 88 германскаго закона) требуетъ, чтобы каждый разъ, когда степень неработоспособности существенно измѣняется, производилось новое опредѣленіе размѣровъ вреда. Слово «существенно» показываетъ, что незначительныя измѣненія въ ту или иную сторону не требуютъ назначенія новаго освидѣтельствованія и, если они констатированы при повторномъ осмотрѣ, не даютъ повода къ измѣненію размѣровъ вознагражденія. Здѣсь излишне снова указывать, какъ важно, чтобы первый экспертъ или пользующій врачъ собрали точный анамнезъ и произвели подробное изслѣдованіе; только это даетъ возможность позднѣйшему эксперту составить себѣ представленіе о томъ, имѣется ли ухудшеніе или улучшеніе и, если имѣется, то въ какой степени. Само собою разумѣется, что если экспертъ находитъ существенное ухудшеніе въ состояніи потерпѣвшаго, то онъ долженъ установить связь этого ухудшенія съ несчастнымъ случаемъ и съ увѣренностью исключить вліяніе другихъ моментовъ, главнымъ образомъ сознательную небрежность или нецѣлесообразное поведеніе со стороны самого потерпѣвшаго. Если окажется, что пользующійся переходной рентой субъектъ задерживаетъ улучшеніе функціи органа собственной небрежностью или нецѣлесообразнымъ поведеніемъ, то въ такихъ случаяхъ рекомендуется превратить сравнительно низкую переходную ренту въ постоянную.

* * *

Мы переходимъ теперь къ вопросу о цифровомъ выраженіи матеріальнаго вреда, которое устанавливаетъ экономическое значеніе послѣдствій несчастнаго случая и указываетъ денежную стоимость имѣющагося пониженія работоспособности. Согласно закону и неоднократнымъ апелляціоннымъ рѣшеніямъ этотъ вопросъ не входитъ въ компетенцію врача. Однако на практикѣ — въ Австріи во всѣхъ случаяхъ, а въ Германіи въ большинствѣ случаевъ — врачу приходится отвѣчать на него. Ему предлагаютъ приблизительно такой вопросъ:

«Какимъ процентомъ можно выразить данную степень неработоспособности, если полную работоспособность пострадавшаго до несчастнаго случая считать равной 100 и если принять во вниманіе прежнее занятіе потерпѣвшаго и особенности его профессіи?» (Опросный листъ богемскаго страхового учрежденія). Или: «Степень потери работоспособности, принимая во вниманіе профессію пострадавшаго?» (Опросный листъ Нижне-Австрійскаго страхового учрежденія).

Полная неработоспособность оцѣнивается числомъ 100; ей соотвѣтствуетъ въ Австріи 60%, въ Германіи $66^2/_3$% заработка (по австрійскому «проекту» 300-кратный дневной заработокъ), другими словами, 60-или $66^2/_3$-процентная рента. Такая рента называется полной рентой. Для установленія полной ренты не нужно, конечно, никакихъ вычисленій. Но зато большія трудности представляетъ исчисленіе частичной ренты—и это-то въ подавляющемъ большинствѣ спорныхъ случаевъ и является камнемъ преткновенія и дѣлается объектомъ апелляціи въ высшія инстанціи (третейскіе

суды, Имперское страховое бюро). Рѣшенія высшихъ инстанцій основываются главнымъ образомъ на заключеніяхъ врачей-экспертовъ.

Частичная рента по дѣйствующему австрійскому закону можетъ достигать не болѣе 50% годового заработка, по «проекту» частичная рента составляетъ «одну или нѣсколько двѣнадцатыхъ частей полной ренты въ зависимости отъ степени обусловленнаго несчастнымъ случаемъ пониженія работоспособности»; по германскому закону частичная рента равняется—«части полной ренты, соотвѣтствующей вызванному несчастнымъ случаемъ пониженію работоспособности».

При послѣдствіяхъ внѣшнихъ поврежденій, какова потеря, искривленіе, уничтоженіе функціи отдѣльныхъ частей тѣла, исчисленіе частичной ренты не представляетъ особенныхъ трудностей. Для такихъ «простыхъ поврежденій» составленъ, на основаніи громаднаго матеріала, особый тарифъ, подлежащій лишь незначительнымъ колебаніямъ и служащій своего рода путеводителемъ для эксперта. Само собою разумѣется, что врачъ не долженъ считать себя связаннымъ такой «схемой»; въ зависимости отъ характера функціональнаго разстройства (сжиманіе кулака, подвижность пальцевъ, функціональная способность конечностей и пр.), отъ имѣющихся осложненій, а главное отъ профессіи и рода занятій потерпѣвшаго экспертъ можетъ повышать и понижать тарифныя цифры [1]).

При пользованіи схемой надо помнить, что къ потерѣ органа приравнивается: полная неподвижность (анкилозъ суставовъ, рубцовая контрактура, нервный и мышечный параличъ, затѣмъ болѣзненные, срощенные съ костью рубцы, атрофія кожи, сильныя невральгіи) и фиксація его въ неудобномъ положеніи (фиксированное разгибаніе пальцевъ, локтя и голенностопнаго сустава, фиксированное сгибаніе кисти, бедра, колѣна и пр.).

Къ самымъ старымъ схемамъ относятся тарифы частныхъ страховыхъ учрежденій для поврежденій конечностей. По Bahr'у, составившему тарифы наиболѣе крупныхъ учрежденій Австріи, Германіи и Швейцаріи, «инвалидность» исчисляется въ такихъ размѣрахъ—въ процентахъ ко всей страховой суммѣ [2]).

---

[1]) Интересно, что австрійскій «проектъ» (п. 2 § 174) уполномочиваетъ министра внутреннихъ дѣлъ издавать въ циркулярномъ порядкѣ предписанія, которыя устанавливали бы въ случаяхъ частичной неработоспособности максимальную и минимальную норму вознагражденія для «главнѣйшихъ послѣдствій поврежденій». Этотъ пунктъ имѣетъ цѣлью — какъ сказано въ объяснительной запискѣ къ проекту—«проложить путь къ тому, чтобы оцѣнка послѣдствій поврежденій насколько возможно производилась на прочныхъ основаніяхъ». «Отсутствіе такихъ основаній—говорится въ запискѣ—порождало значительную разницу въ размѣрахъ вознагражденія, выдававшагося въ отдѣльныхъ страховыхъ учрежденіяхъ. Конечно, нельзя ожидать, чтобы циркулярныя предписанія охватили всевозможныя послѣдствія несчастныхъ случаевъ и могли учесть всѣ условія, играющія роль при оцѣнкѣ отдѣльныхъ случаевъ; но для часто встрѣчающихся случаевъ предписанія указаннаго рода могутъ быть легко составлены на основаніи имѣющагося въ австрійской и нѣмецкой спеціальной литературѣ обширнаго, подробно разработаннаго матеріала. Предписанія, которыя, конечно, должны касаться лишь нормальныхъ (т. е. неосложненныхъ) случаевъ, оставятъ еще достаточно широкое поле для самостоятельности страховыхъ учрежденій при установленіи размѣровъ вознагражденія въ отдѣльныхъ случаяхъ».

[2]) Т. е. сумма, въ которую застрахована жизнь даннаго лица и которая выдается въ случаѣ смерти или полной инвалидности его, принимается за 100, а частичная инвалидность выражается въ %% къ этой суммѣ. Прим. перев.

	Справа	Слѣва
Рука	50—66²/₃	40—50
Предплечье	50—66²/₃	40—50
Кисть	50—66²/₃	40—50
Большой палецъ руки	18—27	12—17¹/₂
Указат. палецъ	12—17¹/₂	8—12
Средній палецъ	5—10	4—10
Безымянн. палецъ		
Мизинецъ	10—17¹/₂	7¹/₂—10
Нога	40—50	
Голень		
Стопа	30—50	
Большой палецъ ноги	5—10	
Остальн. пальцы на ногахъ	3—5	
Глазъ	25—40	
Слухъ съ одной стороны	25	
» съ обѣихъ сторонъ	65	

Само собою разумѣется, что у лѣвшей нормы, назначенныя для правой стороны, должны быть отнесены къ лѣвой.

Гораздо больше трудностей представляетъ исчисленіе частичной ренты при поврежденіяхъ внутреннихъ органовъ и нервной системы. Здѣсь передъ экспертомъ широкое поле для научной и практической дѣятельности, основанной на опытѣ, знаніяхъ и дальновидности. Такъ, напр., Sachs и Freund совѣтуютъ лицамъ съ тяжелыми явленіями раздраженія головного мозга на почвѣ неврастеніи выдавать въ продолженіе долгаго времени (1—1¹/₂ и болѣе лѣтъ) полную ренту, а затѣмъ по исчезновеніи наиболѣе тяжелыхъ явленій, когда дѣлается возможнымъ возобновленіе работы, уменьшить ренту чувствительнымъ образомъ, ибо высокая рента отнюдь не всегда является счастіемъ для пацієнта. У ипохондриковъ и при незначительныхъ измѣненіяхъ органическаго характера рекомендуется сразу же назначать низкую ренту, чтобы, съ одной стороны, не вызывать у пацієнтовъ обиды, а съ другой, все-таки принудить ихъ къ труду; при неврозахъ отъ испуга и при истеріи съ тяжелыми локализованными явленіями — назначаютъ полную ренту; при первой возможности возобновленія работы — рѣзкое пониженіе ренты; при легкихъ истерическихъ симптомахъ — возможно низкая рента (я совѣтую въ такихъ случаяхъ единовременное вознагражденіе, которое успѣшно противодѣйствуетъ развитію рентныхъ неврозовъ) [1]; при судорогахъ, въ особенности

[1]) Съ этимъ предложеніемъ согласны далеко не всѣ травматологи. W. Ewald въ упомянутой уже нами (см. сноска на стр. 81) брошюрѣ о травматическихъ неврозахъ говоритъ по этому поводу: «Не вижу я пользы и отъ замѣны ренты выдачей единовременнаго вознагражденія. Не говоря уже о всѣхъ тѣхъ вредныхъ послѣдствіяхъ, которыя неизбѣжны при внезапномъ появленіи большой суммы денегъ у малосостоятельнаго человѣка, не знающаго, что съ этими деньгами дѣлать, единовременное вознагражденіе не устранитъ недостатковъ существующей системы, прибавивъ къ нимъ только новый недостатокъ. Ибо, какъ уже нѣкоторые указывали, всѣ тѣ явленія, которыя носятъ теперь названіе «рентной истеріи», преобразятся въ нѣчто еще худшее—въ «истерію единовременнаго вознагражденія» (Abfindungshysterie). Съ другой стороны, по отношенію къ цѣлому ряду больныхъ такая система была бы крупной несправедливостью». W. Ewald имѣетъ здѣсь въ виду тѣхъ больныхъ, у которыхъ нервныя явленія, первоначально легкія, развиваются съ теченіемъ времени въ тяжелое заболѣваніе, дѣлающее субъекта совершенно неработоспособнымъ. Между тѣмъ единовременное вознагражденіе, разъ назначенное, не можетъ быть уже впослѣдствіи увеличено.

Прим. перев.

если онѣ появляются безъ ауры,—полная рента, съ одной стороны въ виду опасности поврежденія при работѣ, съ другой—вслѣдствіе трудности или даже невозможности для такихъ больныхъ найти работу. Каждый отдѣльный случай представляетъ особую, иногда довольно сложную задачу, нерѣдко требующую отъ эксперта очень большихъ знаній и опыта. Въ такихъ случаяхъ экспертъ принужденъ обходиться безъ какой-либо схемы и рѣшать вопросъ по крайнему своему разумѣнію, не поддаваясь никакимъ постороннимъ вліяніямъ ни въ пользу пострадавшаго, ни въ пользу страхового учрежденія.

Выше, приведя тарифъ частныхъ страховыхъ учрежденій, мы указали, что цифры этого тарифа означаютъ опредѣленныя, заранѣе обусловленныя части страховой суммы. Во избѣжаніе недоразумѣній, необходимо подчеркнуть, что въ государственномъ страхованіи рабочихъ дѣло обстоитъ совершенно иначе. Такъ какъ за 100 принимается полный годовой заработокъ и такъ какъ полная рента составляетъ лишь 60% (въ Германіи $66\frac{2}{3}\%$) этого заработка, то неработоспособность въ 100% соотвѣтствуетъ рентѣ въ 60%, неработоспособность въ 50%—рентѣ въ 30% и т. д. [1]).

Если врачъ желаетъ на основаніи установленной имъ или кѣмъ-либо другимъ потери работоспособности опредѣлить размѣръ причитающейся потерпѣвшему ренты (впрочемъ, это едва ли входитъ въ обязанности врача), то онъ долженъ процентъ пониженія работоспособности умножить на $^3/_5$, какъ это видно изъ слѣдующаго уравненія.

$$R\ (\text{рента}) : E\ (\text{работоспособность}) = 60 : 100$$

$$R = \frac{60 . E}{100} = \frac{6 . E}{10} = \frac{3}{5}\, E.$$

Наоборотъ, если цифру, выражающую ренту, умножить на $^5/_3$, то получится размѣръ неработоспособности.

Такимъ образомъ:

неработоспособн.	въ	100%	вознаграждается	рентой	въ 60%	(заработка)
»	»	90%	»	»	» 54%	»
»	»	83.5%	»	»	» 50%	»
»	»	80%	»	»	» 48%	»
»	»	75%	»	»	» 45%	»
»	»	70%	»	»	» 42%	»
»	»	60,6%	»	»	» 40%	»
»	»	60%	»	»	» 36%	»
»	»	50%	»	»	» 30%	»
»	»	40%	»	»	» 24%	»
»	»	30,3%	»	»	» 20%	»
»	»	30%	»	»	» 18%	»
»	»	25%	»	»	» 15%	»
»	»	20%	»	»	» 12%	»
»	»	10%	»	»	» 6%	»
»	»	8,3%	»	»	» 5%	»

[1]) Въ обозначеніи размѣра ренты существуетъ нѣкоторая сбивчивость опредѣленій. Нужно различать двѣ вещи: отношеніе ренты къ заработку и отношеніе ренты къ полной рентѣ. Когда говорятъ: рента въ 50%, то это можетъ означать: 1) рента въ 50% заработка и 2) рента въ 50% полной ренты. Обыкновенно, когда нѣтъ никакихъ оговорокъ, разумѣется отношеніе ренты къ полной рентѣ. Прим. перев.

Максимальная частичная рента, соотвѣтствующая 50% заработка [1]), выдается при потерѣ 83,5% работоспособности (при $^{5}/_{6}$ полной инвалидности); наименьшая рента въ 5% заработка выдается при потерѣ 8,3% работоспособности ($^{1}/_{12}$ инвалидности). Ренты ниже 5% не назначаются и замѣняются единовременнымъ вознагражденіемъ.

Схемы страховыхъ учрежденій и промысловыхъ товариществъ по большей части выражены въ процентахъ потери работоспособности; иногда для удобства пользованія прилагается особая рубрика, гдѣ прямо исчислена рента. По большей части даются «среднія величины», допускающія извѣстныя колебанія въ ту и другую сторону. Особенно удобны тѣ таблицы, въ которыхъ даны два ряда цифръ для чернорабочихъ и для квалифицированныхъ рабочихъ. Вотъ одна изъ такихъ таблицъ, которую я заимствую у Miller'a.

	Чернорабочіе.		Квалифицированные рабочіе.	
	Для правой стороны.	Для лѣвой стороны.	Для правой стороны.	Для лѣвой стороны.
Верхнія конечности.				
Полная потеря:				
Всей руки	60	50	80	70
Предплечья безъ локтевого сустава	60	50	70	60
Кисти	60	50	70	60
Большого пальца вмѣстѣ съ пястной костью	30	20	40	30
Только большого пальца	20		30	20
Указательнаго »	15		15	
Средняго »	10		10	
Безымяннаго пальца	10		10	
Мизинца	10		10	
Пальцевая фаланга считается за $^{1}/_{2}$ пальца.				
Неподвижность суставовъ:				
Полная неподвижность плечевого сустава	50	40	60	50
Ограниченіе подвижности плечевого сустава; подниманіе руки до 90°	30	20	30	20
Фиксація локтевого сустава въ состояніи разгибанія	60	50	60	50
Фиксація локтевого сустава въ состояніи сгибанія подъ прямымъ угломъ	40	30	40	30
Фиксація локтевого сустава въ состояніи пронаціи	30	20	30	20
» » » » » супинаціи	20	10	20	10
Полная неподвижность лучезапястнаго сустава	30	20	40	30
Неподвижность основной фаланги большого пальца	20		30	
Разслабленіе суставовъ:				
Плечевого; привычный вывихъ	30		30	
Локтевого; пассивный болтающійся суставъ	60	50	70	60
» активный » »	50	40	60	50
Параличи:				
Параличъ n. brachialis	60	50	80	70
» » ulnaris	60	50	70	60
» » radialis	50	40	50	40
» » medianus	50	40	50	40

[1]) Такое ограниченіе частичной ренты существуетъ только въ Австріи, въ Германіи его нѣтъ (см. выше, стр. 165). Прим. перев.

	Чернорабочіе.	Квалифицированные рабочіе.
Нижнія конечности.		
Полная потеря:		
Всей ноги	70	80
Голени безъ колѣна	60	60
Стопы	50	50
Плюсны и пальцевъ	30—40	30—40
Большого пальца	10	10
Неподвижность суставовъ:		
Тазобедреннаго:		
съ затрудненіемъ ходьбы, стоянія и сидѣнія	100	100
съ возможностью сидѣнія	70	80
» » ходьбы по ровному мѣсту	40	40
» » всхожденія на лѣстницу	20	20
Фиксація колѣна въ состояніи разгибанія	40	40
Ограниченіе сгибанія колѣна до 120°; ходьба возможна	30	30
Ограниченіе сгибанія колѣна до 90°; возможно всхожденіе на лѣстницу	20	20
Фиксація голеностопнаго сустава въ состояніи сгибанія, разгибанія, пронаціи или супинаціи	30—40	30—40
Фиксація колѣна подъ прямымъ угломъ	30	30
Разслабленіе суставовъ:		
Тазобедреннаго; привычный вывихъ	60	60
Колѣннаго; болтающійся суставъ	50	50
Параличи:		
Параличъ n. cruralis; ходьба возможна только съ 1 или 2 палками	50—70	50—70
Параличъ n. ischiadicus; тоже	50—70	50 - 70
Параличъ obturatorius; всхожденіе на лѣстницу затруднено	30	30
Ходьба возможна только на костыляхъ	80—100	80—100
» » съ 2 палками	60—80	60—80
» » » протезомъ или одной палкой	40—60	40—60
Хромота	20—30	20 - 40

Въ заключеніе настоящей лекціи я считаю не лишнимъ привести таблицу, въ которой сопоставлены различныя нормы оцѣнки простыхъ поврежденій и чисто механическихъ разстройствъ функціи конечностей, какъ для чернорабочихъ, такъ и для квалифицированныхъ рабочихъ *). Эта сводная таблица принадлежитъ P. Sudeck'у и заимствована мною съ любезнаго разрѣшенія автора изъ его книги «Der Arzt alz Begutachter». Тамъ имѣются также и нормы Нижне-Австрійскаго страхового учрежденія, извѣстныя подъ названіемъ «Вѣнской схемы».

Русское законодательство. Къ содержанію XI лекціи имѣютъ отношеніе слѣдующія положенія русскаго закона.

*) Таблица Sudeck'а дополнена нами нормами русскаго закона и помѣщена въ приложеніи. Прим. перев.

Медицинскомъ совѣтомъ выработаны «Правила къ руководству для опредѣленія ослабленія или утраты трудоспособности отъ тѣлесныхъ поврежденій вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ». Въ этихъ «Правилахъ» имѣются, между прочимъ, слѣдующія статьи.

Лицо признается утратившимъ въ большей или меньшей степени трудоспособность, когда оно вслѣдствіе тѣлесныхъ или душевныхъ разстройствъ не можетъ добывать того заработка, который до поврежденія соотвѣтствовалъ его физическимъ или духовнымъ силамъ.

Полной утратой трудоспособности признается такое состояніе потерпѣвшаго отъ несчастнаго случая, при которомъ онъ лишенъ возможности при обычныхъ условіяхъ добывать собственнымъ трудомъ средства къ существованію. Утрата трудоспособности признается полною (равною 100) также и въ тѣхъ случаяхъ, когда неспособность вообще къ какому-либо труду является результатомъ совокупнаго дѣйствія даннаго тѣлеснаго поврежденія отъ несчастнаго случая и предшествовавшихъ ему болѣзней или физическихъ недостатковъ, хотя бы данное повреждение, взятое само по себѣ, и не вело къ полной утратѣ трудоспособности.

При опредѣленіи степени утраты трудоспособности слѣдуетъ принимать въ соображеніе возрастъ, полъ, общее состояніе здоровья, крѣпость или слабость организма, его особенности, склонность къ заболѣваніямъ и т. д., а также родъ занятій потерпѣвшаго (его профессію).

Тѣлесныя поврежденія, по своему значенію при опредѣленіи степени утраты трудоспособности, признаются вообще болѣе тяжкими для женщинъ и пожилыхъ людей и менѣе тяжкими для малолѣтнихъ.

При опредѣленіи степени ослабленія трудоспособности, эта послѣдняя до несчастнаго случая признается всегда равною 100, хотя бы потерпѣвшій ранѣе и не былъ вполнѣ трудоспособнымъ.

Степень ослабленія трудоспособности опредѣляется примѣнительно къ прилагаемой таблицѣ [1]).

Цифры этой таблицы, выражающія въ процентахъ степень ослабленія трудоспособности, имѣютъ значеніе лишь среднихъ величинъ. Въ каждомъ частномъ случаѣ онѣ могутъ быть повышаемы или понижаемы въ связи съ особенностями даннаго поврежденія и самого потерпѣвшаго.

[1]) Таблица эта скомбинирована нами въ одно цѣлое съ таблицей Sudeck'a. См. приложеніе.

XII Лекція.

Техника экспертизы. — Свидѣтельство; бланкъ для свидѣтельства въ Австріи и Германіи; сообщеніе пользующаго врача; сообщеніе врача довѣреннаго страхового учрежденія; бланкъ для свидѣтельства при единовременномъ вознагражденіи; предварительное и главное свидѣтельство (въ Германіи); письменная и устная экспертиза передъ апелляціоннымъ судомъ. (Приложеніе.— Экспертиза увѣчныхъ по русскимъ законамъ).

Познакомившись въ главныхъ чертахъ съ научными задачами врача-эксперта, каковы: установленіе связи между несчастнымъ случаемъ и послѣдующимъ разстройствомъ здоровья, опредѣленіе вліянія этого разстройства на судьбу пострадавшаго, выясненіе степени пониженія работоспособности и оцѣнка матеріальнаго вреда, причиненнаго несчастнымъ случаемъ, мы перейдемъ теперь къ той дѣятельности врача, которая имѣетъ цѣлью дать необходимыя свѣдѣнія тѣмъ учрежденіямъ, на которыя законъ возложилъ рѣшеніе вопроса о характерѣ и размѣрахъ причитающагося пострадавшему или его родственникамъ вознагражденія. Эти свѣдѣнія въ совокупности составляютъ экспертизу.

Если исключить тѣ «промежуточныя» свидѣтельства, которыя врачу приходится выдавать во время леченія — о возможныхъ послѣдствіяхъ несчастнаго случая, о передачѣ леченія изъ рукъ больничной кассы въ руки страхового учрежденія и о помѣщеніи пострадавшаго въ лечебное заведеніе для наблюденія по окончаніи леченія (послѣдніе два пункта допускаются германскимъ закономъ и австрійскимъ «проектомъ»), то въ общемъ врачъ выступаетъ въ роли эксперта либо какъ довѣренный страхового учрежденія (въ Австріи территоріальныхъ страховыхъ учрежденій и желѣзнодорожныхъ промысловыхъ товариществъ), либо какъ свѣдущее лицо передъ апелляціоннымъ судомъ (передъ третейскимъ судомъ по дѣйствующему австрійскому закону и передъ страховыми судами по «проекту», въ Германіи передъ территоріальными третейскими судами и иногда передъ Имперскимъ страховымъ бюро).

Экспертиза производится либо письменно, по большей части съ помощью особыхъ бланковъ, выдаваемыхъ территоріальными (въ Австріи) и профессіональными (въ Германіи) страховыми учрежденіями, либо устно, какъ это имѣетъ мѣсто въ Австріи въ практикѣ третейскихъ судовъ.

Въ Австріи первое свидѣтельство приходится обыкновенно выдавать врачу, впервые являющемуся на мѣсто несчастнаго случая, который часто оказывается затѣмъ и пользующимъ врачемъ; для этого свидѣтельства, содержащаго въ себѣ свѣдѣнія о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя врачъ нашелъ во время оказанія первой помощи или въ началѣ леченія, установлена закономъ особая форма. Вопросы, на которые приходится здѣсь отвѣчать врачу, мы уже перечислили въ одной изъ предыдущихъ лекцій (см. стр. 18).

Затѣмъ страховыя учрежденія требуютъ иногда врачебныхъ извѣщеній отъ пользующаго врача относительно состоянія пострадавшаго во время леченія. Для такихъ извѣщеній Нижне-Австрійское страховое учрежденіе выработало слѣдующій бланкъ:

Несчастный случай №..................190 г.

Врачебное извѣщение

о леченіи пострадавш..

1.	Начало и конецъ леченія: (указать перерывы въ леченіи, если они были)	
2.	Характеръ и локализація болѣзни:	
3.	Причина болѣзни: a) По предварительнымъ указаніямъ самого пацiента:	
	b) по Вашему мнѣнію: (въ особенности: что говоритъ въ пользу и противъ утвержденій пацiента?).	
4.	Въ чемъ заключалось леченіе и какъ оно протекало	
5. Если леченіе уже закончено	Результаты леченія: (ненужное отчетливо зачеркнуть)	Полное излеченіе Улучшеніе Безъ улучшенія
6.	Были ли по окончаніи Вашего леченія какія-либо патологическія послѣдствія болѣзни? Какія именно, и въ теченіе какого времени можно ожидать ихъ исчезновенія?	
7. Если леченіе еще продолжается	Какія патологическія явленія существуютъ въ настоящее время?	
8.	Когда можно ожидать окончанія леченія?	
9.	Особыя примѣчанія:	

.............., мѣс.......................дня 190 г.

Подпись врача:

....

Экспертиза по поводу послѣдствій несчастнаго случая и причиненнаго имъ вреда поручается обыкновенно довѣреннымъ врачамъ страховыхъ учрежденій. Эти врачи періодически подъ руководствомъ одного старшаго врача производятъ изслѣдованія пострадавшихъ. При каждомъ страховомъ учрежденіи существуютъ для этой цѣли должности довѣренныхъ врачей (хирурговъ, офтальмологовъ, отіатровъ, невропатологовъ). Для перваго изслѣдованія и первоначальной экспертизы такихъ пострадавшихъ, которые живутъ не въ мѣстонахожденіи страхового учрежденія и которые, вслѣдствіе

дальности разстоянія или по другимъ причинамъ, не могутъ сами явиться въ страховое учрежденіе, командируется обыкновенно врачъ, живущій тамъ же, гдѣ и пострадавшій, или въ ближайшей къ нему мѣстности. Въ бланкѣ для этой экспертизы содержатся слѣдующіе вопросы:

1. Гдѣ произведено врачебное изслѣдованіе?

2. Какимъ путемъ Вы убѣдились въ тожествѣ изслѣдуемаго лица? (Подпись пострадавшаго).

3. Не лечили ли Вы уже когда-либо пострадавшаго? Отъ какихъ болѣзней? Не лечили ли Вы членовъ его семьи?

4. Когда пострадавшій снова сталъ на работу? Гдѣ и чѣмъ занимается изслѣдуемый субъектъ? (Отвѣтъ дается по показаніямъ самого потерпѣвшаго).

5. Какія послѣдствія поврежденія существуютъ въ настоящее время? (Подробное описаніе послѣдствій поврежденія съ обращеніемъ вниманія на косвенное вліяніе поврежденія на другія части тѣла, непосредственно не поврежденныя).

a) Объективныя.

b) Субъективныя.

6. Закончено ли леченіе? Если нѣтъ, то когда можно ожидать его окончанія?

7. Каково общее состояніе здоровья пострадавшаго?

8. Страдаетъ ли потерпѣвшій еще какими-либо соматическими или душевными болѣзнями? Какими и съ какого времени?

9. Имѣется ли у пострадавшаго въ настоящее время какое-либо пониженіе работоспособности? Можно ли считать это пониженіе слѣдствіемъ поврежденія или его нужно вполнѣ или отчасти отнести на счетъ какихъ-либо другихъ причинъ?

10. Является ли пониженіе работоспособности постояннымъ, или можно ожидать улучшенія (или ухудшенія); если да, то приблизительно черезъ какое время?—Можно ли ожидать полнаго возстановленія работоспособности?—Въ какой промежутокъ времени?

11. Какое занятіе доступно пострадавшему въ настоящее время?

12. Нѣтъ ли подозрѣнія относительно симуляціи, и если есть, то по какимъ соображеніямъ?

13. Не оказало ли поведеніе пострадавшаго вредное вліяніе на его здоровье, и если да, то въ силу какихъ причинъ?

14. Особыя примѣчанія.

Въ случаяхъ назначенія единовременнаго вознагражденія, которое обыкновенно выдается вмѣсто мелкихъ рентъ, врачи должны заполнить слѣдующій бланкъ:

Для установленія личности пострадавшаго:

Описаніе существующихъ въ данное время послѣдствій поврежденія.

Особыя примѣты.

1. Возрастъ и состояніе здоровья отца изслѣдуемаго лица; (или) въ какомъ возрастѣ и отъ какой болѣзни онъ умеръ?

2. То же по отношенію къ матери, братьямъ и сестрамъ пострадавшаго.

3. Какія болѣзни перенесъ изслѣдуемый и въ какомъ возрастѣ?

4. Какое впечатлѣніе производитъ изслѣдуемый—больного или здороваго человѣка?

5. Тѣлосложеніе—крѣпкое, слабое.

6. Замѣчается ли въ болѣе или менѣе ясно выраженной формѣ habitus phthisicus или apoplecticus?.

7. Замѣчаются ли какіе-либо другіе тѣлесные недостатки?

8. Указываютъ ли аускультація и перкуссія на какія-либо измѣненія со стороны дыхательныхъ органовъ?

9. Не страдаетъ ли изслѣдуемый часто катарромъ слизистой оболочки легкихъ?

10. Нѣтъ ли отклоненій отъ нормы въ положеніи сердца, его величинѣ, въ сердечномъ толчкѣ, въ ритмѣ и чистотѣ сердечныхъ тоновъ?

11. Опредѣляются ли какія-либо другія измѣненія со стороны органовъ кровообращенія?

12. Нѣтъ ли болѣзненныхъ измѣненій въ органахъ брюшной полости?

13. Не страдаетъ ли изслѣдуемый разстройствомъ пищеваренія, наклонностью къ поносамъ или запорамъ, геморроемъ?

14. Нѣтъ ли какого-либо заболѣванія мочевыхъ и половыхъ органовъ, въ особенности пузыря и почекъ? Нѣтъ ли подозрѣнія относительно такого заболѣванія?

У женщинъ:

15. a) Правильно ли приходятъ регулы?

b) Сколько разъ рожала и когда въ послѣдній разъ?

c) Какія разстройства были во время менструацій, беременности и послѣродового періода?

d) Не осталось ли послѣ родовъ наклонности къ кровотеченіямъ и бѣлямъ или другихъ какихъ-либо болѣзненныхъ послѣдствій?

e) Нѣтъ ли беременности въ настоящій моментъ? (Какой мѣсяцъ).

16. Можно ли на основаніи подробнаго и всесторонняго изслѣдованія паціента признать наличность какой-либо болѣзни или болѣзненнаго предрасположенія, и если можно, то какъ называется діагносцируемая болѣзнь?

17. Можно ли на основаніи настоящаго состоянія изслѣдуемаго ожидать, что онъ достигнетъ той продолжительности жизни, которая вѣроятна для даннаго возраста?

Очень цѣлесообразно составленъ опросный листъ Богемскаго страхового учрежденія; онъ въ значительной степени облегчаетъ и послѣдующую экспертизу передъ третейскимъ судомъ. Привожу этотъ листъ цѣликомъ:

1. Краткое описаніе несчастнаго случая. Характеръ и степень поврежденія.
2. Зависитъ ли имѣющаяся болѣзнь отъ описаннаго несчастнаго случая?
3. Не было ли какихъ-либо поврежденій до несчастнаго случая? Ихъ послѣдствія. Другія заболѣванія, бывшія до несчастнаго случая.
4. Съ какого дня началось леченіе пострадавшаго? [1])
5. Былъ ли пострадавшій во время леченія вполнѣ неработоспособенъ или только отчасти? [1])
6. Сколько времени длилась полная неработоспособность? [1])
7. Окончено ли леченіе?
8. Когда?
9. Фамилія и мѣстожительство пользующаго врача?
10. Когда пострадавшій началъ снова работать, гдѣ и какую работу?
11. Каково общее состояніе (конституція) пострадавшаго?
12. Какія послѣдствія оставило поврежденіе?
    a) Объективныя,
    b) Субъективныя (жалобы пострадавшаго).
13. Насколько подтверждаются субъективныя жалобы объективными данными?
14. Является ли имѣющееся пониженіе работоспособности:
    a) только временнымъ?
    b) или оно останется постояннымъ?

Если постояннымъ, то:

α) сохранитъ ли оно настоящіе размѣры?

β) или останется въ уменьшенномъ размѣрѣ?

15. Во сколько процентовъ можно опредѣлить данную степень неработоспособности, если считать работоспособность пострадавшаго до несчастнаго случая равной 100, причемъ должно быть принято во вниманіе занятіе пострадавшаго до несчастнаго случая и его профессія? (Прежнія болѣзни нужно принимать въ разсчетъ лишь постолько, посколько онѣ могли оказать вліяніе на послѣдствія несчастнаго случая и, слѣдовательно, на работоспособность).

Потеряно . . . . . % работоспособности (къ 100), т. е. . . . . . работоспособности (къ 60).

16. Указаніе занятій, къ которымъ пострадавшій могъ бы еще быть способнымъ.

17. Можетъ ли наступить существенное улучшеніе или ухудшеніе въ состояніи пострадавшаго и въ теченіе какого времени?

18. Требуется ли повторное врачебное изслѣдованіе? Черезъ какой промежутокъ времени?

19. Особыя примѣчанія.

---

[1]) Вопросы 4, 5 и 6 заполняются лишь во время леченія. (Довѣреннымъ врачамъ страховыхъ товариществъ приходится нерѣдко изслѣдовать пострадавшихъ еще до окончанія леченія).

Результаты повторнаго изслѣдованія:

20. Состояніе пострадавшаго: { a) не измѣнилось? b) улучшилось? c) ухудшилось? }

21. На основаніи какихъ объективныхъ признаковъ можно заключить объ измѣненіи въ состояніи пострадавшаго и въ степени его неработоспособности?

22. Говорятъ ли въ пользу такого заключенія субъективныя показанія потерпѣвшаго?

23. Можно ли ожидать дальнѣйшаго улучшенія или ухудшенія въ состояніи пострадавшаго и черезъ какой промежутокъ времени желательно повторное изслѣдованіе?

24. Во сколько процентовъ можно опредѣлить данную степень неработоспособности? (см. п. 15).

Практика германскаго страхованія знаетъ свидѣтельства двухъ родовъ: предварительное свидѣтельство (Informationsattest.), которое промысловое товарищество получаетъ отъ пользующаго врача, и главное свидѣтельство.

Въ предварительномъ свидѣтельствѣ должно быть указано:

1. Былъ ли въ дѣйствительности несчастный случай въ томъ смыслѣ, какъ этотъ терминъ понимается закономъ? Если да, то:

2. Можно ли ожидать, что въ результатѣ его пострадавшій будетъ неработоспособенъ болѣе, чѣмъ въ теченіе 13 недѣль (выжидательный періодъ *)? Если да, то:

3. Могутъ ли быть устранены или ослаблены послѣдствія несчастнаго случая при примѣненіи надлежащаго леченія? (Передача леченія въ руки промысловыхъ товариществъ).

Главное свидѣтельство выдается довѣренными врачами промысловыхъ товариществъ и «наряду съ другими доказательствами служитъ юридической основой для рѣшенія вопроса о назначеніи или отклоненіи ренты и для установленія степени неработоспособности, а слѣдовательно, и размѣра ренты» (Miller).

Приведу здѣсь по руководству M. Miller'a отдѣльные пункты главнаго свидѣтельства.

А. Общая часть

Имя, фамилія, званіе, профессія, возрастъ и мѣстожительство пострадавшаго.

Прежнія болѣзни и поврежденія.

Свѣдѣнія о несчастномъ случаѣ: время, характеръ несчастнаго случая; связное описаніе происшествія. Первыя послѣдствія несчастнаго случая, прекращеніе работы, необходимость лечь въ постель.

Послѣдствія несчастнаго случая: непосредственныя поврежденія, наружныя и внутреннія; кровотеченія изъ носа, изъ уха, кровавая рвота, кровохарканіе, кровавая моча, кровавыя испражненія, кровоизліяніе подъ кожу, подъ соединительную оболочку глаза. Разстройство сознанія, обмороки, параличи.—Діагнозъ.

Косвенныя послѣдствія несчастнаго случая, воспаленія, перерожденія, образованіе рубцовъ.—Теченіе болѣзни во время леченія.

Леченіе. Примѣнявшіеся до сихъ поръ методы амбулаторнаго и стаціонарнаго леченія.

Результаты леченія.

В. Данныя изслѣдованія.

Общее состояніе организма: общее впечатлѣніе, тѣлосложеніе, фигура, физическое развитіе, мускулатура, состояніе питанія, состояніе внутреннихъ органовъ; функція рукъ и ногъ. Состояніе психики. Врожденные и пріі-

*) О выжидательномъ періодѣ см. стр. 25 и 35. Прим. перев.

обрѣтенные недостатки и пороки (грыжи). Имѣющіяся болѣзни и остатки бывшихъ болѣзней. Истощеніе послѣ тяжелыхъ поврежденій и осложненій; истощеніе вслѣдствіе новообразованій, старческое истощеніе.

Мѣстныя данныя. Косвенныя послѣдствія несчастнаго случая. Рубцы, деформаціи, обезображеніе, уродства. Контрактуры суставовъ, вывихи, болтающіеся и ложные суставы, параличи, мышечныя контрактуры, мышечная атрофія; функціональныя послѣдствія травмы.

Субъективныя явленія и жалобы, боли и другія разстройства, не поддающіяся наблюденію. Жалобы изслѣдуемаго должны быть изложены въ связи съ объективными данными.

Діагнозъ: послѣдствія несчастнаго случая, болѣзни и физическіе недостатки.

C. Мнѣніе.

1. Можно ли на основаніи имѣющихся данныхъ съ большой вѣроятностью (одна возможность не является еще основаніемъ для вознагражденія) признать причинную зависимость между имѣющимся разстройствомъ здоровья и заявленнымъ несчастнымъ случаемъ, другими словами, имѣется ли здѣсь профессіональный несчастный случай въ смыслѣ закона о страхованіи?

2. Какая часть болѣзненныхъ явленій можетъ быть приписана физическимъ недостаткамъ и болѣзнямъ, не зависящимъ отъ несчастнаго случая и его послѣдствій?

3. Въ какой мѣрѣ можно предположить взаимоотношеніе между послѣдствіями несчастнаго случая и нетравматическимъ болѣзненнымъ процессомъ?

4. Осталось ли послѣ несчастнаго случая такое ограниченіе трудоспособности и работоспособности, которое давало бы право на вознагражденіе?

5. Степень неработоспособности: уменьшеніе работоспособности, полная неработоспособность, безпомощность.

6. Не было ли пониженія работоспособности и трудоспособности до несчастнаго случая и въ какой степени? Не пришлось ли пострадавшему перейти къ другой профессіи (модифицированная работоспособность;— важно тамъ, гдѣ принимаются въ разсчетъ среднія нормы заработка для различныхъ профессій).

7. Можно ли считать данное пониженіе работоспособности постояннымъ, или нужно ожидать увеличенія или уменьшенія его въ зависимости отъ улучшенія или ухудшенія состоянія здоровья въ связи съ усиленіемъ или ослабленіемъ вліянія несчастнаго случая?

8. Наступитъ ли улучшеніе само собою или для этого требуется соотвѣтствующее леченіе? Можно ли предотвратить ухудшеніе какими-либо лечебными мѣрами?

D. Леченіе.

1. Закончено ли леченіе?

2. Если не закончено, то имѣются ли показанія для его продолженія или видоизмѣненія?

3. Требуется ли возобновленіе леченія съ цѣлью улучшенія или для предотвращенія ухудшенія въ состояніи пострадавшаго?

4. Какое требуется леченіе—амбулаторное, клиническое, ортопедическое, медико-механическое или какое-либо другое?

5. Не требуется ли въ интересахъ леченія или для поднятія силъ пострадавшаго выдача ему какихъ-либо особыхъ лечебныхъ или вспомогательныхъ пособій (протезы, костыли, бандажи и пр.) или назначеніе какихъ-либо укрѣпляющихъ средствъ и способовъ леченія (вино, водолеченіе, пребываніе въ курортѣ и пр.).

E. Повторное изслѣдованіе.

1. Не требуется ли для полноты изслѣдованія дальнѣйшее клиническое наблюденіе или изслѣдованіе спеціалистомъ?

2. Черезъ какой промежутокъ времени желательно произвести повторное изслѣдованіе для установленія могущихъ наступить измѣненій?

3. Не требуется ли въ виду поведенія пострадавшаго или вслѣдствіе особенности случая помѣстить пострадавшаго для наблюденія и изслѣдованія въ клинику или больницу?

Апелляціонной инстанціей, разсматривающей жалобы на страховыя учрежденія со стороны пострадавшихъ и вообще разрѣшающей различные споры между обѣими сторонами. является, какъ мы уже неоднократно упоминали. въ Австріи—третейскій судъ даннаго страхового учрежденія (въ будущемъ «страховой судъ»), въ Германіи территоріальный третейскій судъ (первая инстанція) и Имперское страховое бюро (вторая и высшая инстанція). Передъ этими инстанціями врачамъ-экспертамъ также приходится давать свои заключенія какъ въ письменной, такъ и въ устной формѣ.

Отвѣчаетъ-ли врачъ на рядъ предложенныхъ ему вопросовъ или излагаетъ свое мнѣніе въ свободной рѣчи, его экспертиза должна удовлетворять всѣмъ тѣмъ требованіямъ, какія изложены выше: она должна въ ясной, опредѣленной, понятной для профана формѣ сообщить результаты врачебнаго изслѣдованія и наблюденія и установить размѣры вреда, полученнаго пострадавшимъ.

Если можно отвѣтить на предложенный вопросъ, экспертъ долженъ сказать «да» или «нѣтъ»; если отвѣтъ невозможенъ, то онъ долженъ сказать «отвѣтить нельзя» или «въ настоящій моментъ отвѣтить нельзя»; «можетъ быть», «по всей вѣроятности» и другіе уклончивые обороты рѣчи не должны имѣть мѣста въ экспертизѣ. Я уже однажды указалъ, что въ установленіи границъ нашихъ знаній нѣтъ ничего постыднаго для врача. Не наша обязанность затушевывать эти границы. Врачъ долженъ говорить то, что знаетъ, открыто и ясно; большаго отъ него никто не можетъ требовать. Какой отвѣтъ хочетъ получить спрашивающій—положительный или отрицательный, ясный или неопредѣленный,—это для врача безразлично. Онъ отказывается отъ такихъ отвѣтовъ, которыхъ онъ не можетъ защищать. Врачъ не математикъ, обязанный разрѣшить задачу, и наука его не обладаетъ точностью математики. Онъ не обязанъ оказывать предпочтеніе той или другой сторонѣ и обманывать судью въ чьихъ-либо интересахъ. Онъ высказываетъ свое мнѣніе не для того, чтобы кому-нибудь повредить, и не для того, чтобы кому-либо доставить удовольствіе: экспертиза это—зеркало, которое отражаетъ какъ объективныя данныя, такъ и субъективное убѣжденіе врача, основанное на знаніи и опытѣ.

Экспертиза должна быть написана разборчиво или хорошо переписана. Она должна быть понятна и не врачу. Въ ней поэтому не должно быть ни техническихъ терминовъ, ни иностранныхъ словъ, за исключеніемъ самыхъ употребительныхъ. Травматологъ долженъ умѣть находить для каждаго латинскаго и греческаго термина, столь употребительныхъ при обозначеніи анатомическихъ понятій и названій болѣзней, соотвѣтствующее выраженіе на родномъ языкѣ. Эту задачу, представляющую для начинающихъ большія трудности, можетъ облегчить хорошій терминологическій словарь (W. Guttmann'a, Roth'a, Kunon'a). Если переводъ латинскаго термина можетъ дать поводъ къ недоразумѣнію. то къ переводу прибавляютъ въ скобкахъ латинскій терминъ (Thiem). Экспертиза должна быть также понятна и лицамъ мало развитымъ, такъ какъ членами третейскихъ судовъ являются нерѣдко простые люди, представители работодателей и рабочихъ, отъ которыхъ, вообще говоря, нельзя требовать, чтобы они составили себѣ ясное представленіе о разбираемомъ случаѣ на основаніи какой-либо высокопар-

ной, витіевато построенной, хотя бы и очень дѣльной по существу экспертизы, въ особенности еще если она дается устно.

Экспертъ не долженъ никогда сходить съ пути самой строгой объективности, какъ бы тяжелъ иногда ни былъ этотъ путь, ибо только онъ одинъ ведетъ къ цѣли. Ни состраданіе къ пострадавшему и его семьѣ, ни презрѣніе къ выходкамъ и преувеличеніямъ симулянта не должны лишать врача объективности. Экспертиза не должна быть ни снисходительной, ни карательной. Правда, врачъ не судья, но онъ важнѣйшій органъ правосудія. Поэтому онъ долженъ стремиться къ тому, чтобы пріобрѣсти качества судьи и умѣть подавлять свои субъективныя ощущенія во время составленія экспертизы. Съ другой стороны, онъ не долженъ забывать, что назначеніе ренты пострадавшему и его семьѣ не есть актъ милости и что рента и единовременное вознагражденіе не является милостыней. Рабочій, пострадавшій во время работы, имѣетъ такое же право на возмѣщеніе понесеннаго имъ вреда, какъ солдатъ, раненый на полѣ сраженія, съ той только разницей, что здѣсь, при проведеніи законовъ о страхованіи, требуется точная оцѣнка причиненнаго вреда на основаніи научныхъ данныхъ.

Устная экспертиза, а равно и письменная, если она производится безъ опроснаго листа, должна быть составлена по опредѣленному плану. Сперва на основаніи документовъ отмѣчаются время и причина несчастнаго случая, послѣдовавшіе за нимъ субъективные и объективные симптомы, продолжительность, характеръ и результаты леченія, далѣе на основаніи изслѣдованія излагается имѣющееся разстройство здоровья, дается оцѣнка субъективныхъ жалобъ больного, рѣшается вопросъ о зависимости ихъ отъ несчастнаго случая, опредѣляется въ цифрахъ степень уменьшенія работоспособности, указывается, является ли это уменьшеніе временнымъ или постояннымъ, и наконецъ ко всему этому можетъ быть присоединено заключеніе, содержащее резюме всей экспертизы.

Полезно расчленить экспертизу по указаннымъ пунктамъ, чтобы каждому былъ ясенъ ея планъ; при описаніи послѣдствій поврежденія нужно избѣгать недоразумѣній въ обозначеніи правой и лѣвой стороны (обозначеніе должно соотвѣтствовать сторонамъ паціента); въ подходящихъ случаяхъ желательно дополнять экспертизу рисунками.

Если врачъ даетъ заключеніе по дѣлу, гдѣ уже была однажды произведена экспертиза, онъ долженъ корректно отнестись къ прежнему эксперту (Miller). Ни въ какомъ случаѣ объектомъ экспертизы не должна быть прежняя экспертиза; врачъ долженъ давать свое заключеніе о пострадавшемъ, а не объ экспертѣ; никто не стоитъ такъ высоко въ научномъ отношеніи, чтобы никогда не дѣлать ошибокъ (Waibel).

Врачебная экспертиза является «объективнымъ выраженіемъ научнаго знанія»; «на хорошую экспертизу нужно смотрѣть, какъ на научную работу (Lass-Zahn), къ которой самъ экспертъ долженъ предъявлять самыя строгія требованія». При такихъ условіяхъ, какъ справедливо говоритъ Feilchenfeld, «экспертиза перестаетъ быть непріятнымъ бременемъ, какъ это теперь часто бываетъ, и превращается въ одну изъ самыхъ пріятныхъ и привлекательныхъ задачъ врача».

Экспертиза увѣчныхъ по русскимъ законамъ. Въ законѣ 2 іюня 1903 г. имѣется четыре статьи, трактующія о различныхъ моментахъ врачебной экспертизы. Статьи эти приведены нами въ приложеніяхъ къ различнымъ главамъ настоящаго сочиненія. Ст. 24[1]) устанавливаетъ первый моментъ врачебной экспертизы—освидѣтельствованіи пострадавшаго тотчасъ послѣ несчастнаго случая. Ст. 26[2]) трактуетъ о послѣднемъ моментѣ экспертизы—объ освидѣтельствованіи пострадавшаго по окончаніи леченія. Въ промежуткѣ между этими двумя конечными моментами каждая сторона можетъ обратиться къ врачу для удостовѣренія даннаго состоянія пострадавшаго: ст. 27 устанавливаетъ, что «по требованію каждой изъ сторонъ, медицинскія свидѣтельства могутъ быть составляемы также съ цѣлью удостовѣренія временной утраты трудоспособности или заключенія о вѣроятной степени постоянной утраты способности къ труду». Наконецъ уже послѣ назначенія пенсіи возможно переосвидѣтельствованіе пострадавшаго съ цѣлью измѣненія присужденной пенсіи (ст. 45)[3]). Кромѣ всѣхъ этихъ случаевъ врачъ выступаетъ еще въ роли эксперта на судѣ; эта экспертиза производится обыкновенно устно въ обычномъ порядкѣ, установленномъ для экспертизы по гражданскимъ дѣламъ.

Для составленія медицинскихъ свидѣтельствъ[4]) по увѣчнымъ дѣламъ медицинскимъ совѣтомъ выработанъ особый опросный листъ, который мы и приводимъ здѣсь цѣликомъ.

I. Общія замѣчанія.

1. Медицинскія свидѣтельства слѣдуетъ писать общепринятымъ языкомъ, избѣгая по возможности медицинскихъ терминовъ и иностранныхъ словъ, которыя, въ случаѣ надобности, могутъ быть помѣщаемы въ скобкахъ.

2. Объективныя данныя, добытыя изслѣдованіемъ потерпѣвшаго, должно строго отдѣлять отъ свѣдѣній, полученныхъ иными путями, и въ послѣднихъ случаяхъ необходимо оговаривать, какъ эти свѣдѣнія пріобрѣтены (со словъ потерпѣвшаго или свидѣтелей, на основаніи тѣхъ или другихъ документовъ и т. д.).

3. Протокольная часть свидѣтельства должна быть записываема при самомъ освидѣтельствованіи. Свидѣтельство въ окончательной формѣ, съ мнѣніемъ врача, должно быть выдано въ трехдневный срокъ.

II. Содержаніе свидѣтельства.

А. Введеніе.

1. Время и мѣсто освидѣтельствованія.

Примѣч. Если свидѣтельство выдано послѣ повторныхъ изслѣдованій, болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія или пользованія врачемъ, выдавшимъ свидѣтельство, то это должно быть оговорено съ указаніемъ времени предыдущихъ освидѣтельствованій, пользованія или наблюденія.

2. По чьему требованію или просьбѣ оно произведено (фабричнаго инспектора, полиціи, владѣльца предпріятія, потерпѣвшаго или его семьи) и на какой предметъ.

3. Возрастъ, полъ, имя, фамилія и званіе потерпѣвшаго.

4. Мѣсто служенія, на которомъ потерпѣвшій получилъ тѣлесное поврежденіе (названіе промышленнаго предпріятія, мѣстонахожденіе его и фирма или имя владѣльца).

---

[1]) См. стр. 28 и 29.

[2]) См. стр. 40.

[3]) См. стр. 15.

[4]) Кстати, считаемъ не лишнимъ указать, что свидѣтельства эти гербовому сбору не подлежатъ (Высоч. утв. 12 іюня 1903 г. мнѣніе Госуд. Сов. Отд. XIII п.1).

5. Родъ занятій или службы (простой чернорабочій или занимающійся какой-либо спеціальной работой, ремесломъ или искусствомъ).

Б. Предварительныя свѣдѣнія.

6. Сколько времени состоялъ на послѣдней работѣ и чѣмъ занимался прежде.

7. Какими болѣзнями былъ одержимъ до послѣдняго несчастнаго случая и какимъ подвергался до него тѣлеснымъ поврежденіямъ.

В. Состояніе здоровья во время освидѣтельствованія.

Свѣдѣнія, сообщенныя потерпѣвшимъ или другими лицами.

8. Жалобы потерпѣвшаго.

9. Свѣдѣнія о несчастномъ случаѣ, причинившемъ тѣлесное поврежденіе. Когда (за сколько времени до освидѣтельствованія) и гдѣ оно получено и при какихъ обстоятельствахъ.

10. Лечился ли потерпѣвшій и гдѣ. Если въ больницѣ, то находился ли въ ней на пользованіи еще и во время освидѣтельствованія, выписанъ по окончаніи леченія или вышелъ изъ нея по собственному желанію и гдѣ находился по выпискѣ.

11. Свѣдѣнія изъ исторіи болѣзни (если таковая имѣется).

Данныя объективнаго изслѣдованія:

12. Тѣлосложеніе, питаніе, состояніе слизистыхъ оболочекъ, общихъ покрововъ, мускулатуры, врожденные недостатки развитія.

13. Общее состояніе здоровья. Психическое состояніе. Температура тѣла. Состояніе отдѣльныхъ органовъ; наличность или отсутствіе измѣненій въ нихъ отъ болѣзней, тѣлесныхъ поврежденій или ихъ послѣдствій, существовавшихъ ранѣе послѣдняго несчастнаго случая.

14. Описаніе тѣлеснаго поврежденія отъ даннаго несчастнаго случая. Мѣсто и свойство поврежденія.

При поврежденіяхъ, еще не зажившихъ, указаніе періода болѣзни, затронуты или нѣтъ внутренніе органы и, въ первомъ случаѣ, какіе изъ нихъ, свойство ихъ поврежденія и причиняемые имъ припадки.

При зажившихъ поврежденіяхъ указаніе наличности или отсутствія болѣе или менѣе стойкихъ, причиненныхъ или анатомическихъ измѣненій или болѣзненныхъ явленій и степень разстройства отправленій поврежденныхъ частей тѣла, равно какъ и вліяніе ихъ на отправленіе другихъ, сосѣднихъ или отдаленныхъ органовъ. При поврежденіи конечностей указаніе, какіе изъ родовъ движеній ихъ затруднены или совсѣмъ невозможны и въ какой степени понижена мышечная сила. При поврежденіи головы указаніе измѣненій въ психической и умственной дѣятельности, при поврежденіи органовъ чувствъ — степени нарушенія ихъ отправленій.

15. Вліяніе на теченіе предшествовавшихъ болѣзней или бывшихъ тѣлесныхъ поврежденій.

16. Послѣдовательныя болѣзни и осложненія, появившіяся послѣ тѣлеснаго поврежденія отъ даннаго несчастнаго случая.

Г. Мнѣніе.

17. Мнѣніе врача должно основываться на данныхъ, заключающихся въ свидѣтельствѣ, причемъ главную основу должны составлять результаты объективнаго изслѣдованія. Жалобы потерпѣвшаго на всякаго рода болѣзненныя ощущенія и на затруднительность или невозможность производить ту или другую работу записываются во всей подробности, но при окончательномъ выводѣ имъ слѣдуетъ дѣлать оцѣнку съ надлежащей осторожностью и полной объективностью.

Мнѣніе должно содержать въ себѣ отвѣты на слѣдующіе вопросы

18. Какое имѣется въ данномъ случаѣ тѣлесное поврежденіе?

19. Находится ли оно въ прямой и исключительной причинной связи съ даннымъ несчастнымъ случаемъ?

20. Появилось совершенно независимо отъ несчастнаго случая вслѣдствіе обыкновенныхъ болѣзнетворныхъ причинъ, естественнаго развитія существовавшей уже болѣзни, или представляетъ собой тѣлесное поврежденіе отъ прежде бывшаго несчастнаго случая?

21. Или же составляетъ результатъ совокупнаго вліянія несчастнаго случая и прежнихъ болѣзней либо поврежденій съ ухудшеніемъ ихъ или осложненіемъ новыми болѣзненными явленіями?

22. Сопровождается ли данное тѣлесное поврежденіе ослабленіемъ или полной утратой трудоспособности?

23. Есть ли эта утрата трудоспособности временная или постоянная?

24. Не требуется ли для рѣшенія этого вопроса новое освидѣтельствованіе черезъ извѣстный срокъ или болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе?

25. Если трудоспособность утрачена временно, то черезъ какой приблизительно срокъ она можетъ востановиться и при какихъ условіяхъ, т. е. при обыкновенныхъ домашнихъ условіяхъ съ соблюденіемъ лишь нѣкоторыхъ предосторожностей (покоя поврежденной части тѣла и т. п.) или же только при спеціальномъ леченіи (предпринимаемомъ впервые или продолжаемомъ)?

26. Если утрата трудоспособности признана постоянною, то должно опредѣлить, имѣется ли въ данномъ случаѣ полная утрата способности вообще къ какому-либо труду, къ спеціальнымъ работамъ, соотвѣтствующимъ профессіи потерпѣвшаго, или же только ослабленіе трудоспособности.

27. Въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ указать, какія изъ психическихъ, умственныхъ или тѣлесныхъ способностей ослаблены, утрачены, какія изъ отправленій тѣла и родовъ движеній или дѣйствій (вообще по отношенію къ труду и по свойству промысла даннаго лица) сдѣлались затруднительными, ограниченными или невозможными.

28. Въ какой степени ослаблена способность къ труду (въ процентахъ — примѣнительно къ прилагаемой таблицѣ) [1].

29. Не предвидится ли ухудшенія состоянія здоровья въ будущемъ и соотвѣтственно этому измѣненія степени утраты трудоспособности, не оказывается ли поэтому необходимымъ назначеніе переосвидѣтельствованія черезъ болѣе или менѣе продолжительный срокъ?

30. Свидѣтельство подписывается врачемъ съ указаніемъ его служебнаго или общественнаго положенія, мѣстожительства и времени выдачи.

---

[1]) Таблица эта, какъ мы уже сказали выше, будетъ дана нами въ приложеніи въ видѣ дополненія къ таблицамъ Вит'а.

Приложеніе 1-е.

Экспертиза медицинскаго факультета Берлинскаго университета по вопросу о травматическомъ неврозѣ.

I. Описаніе случая.

Рабочій Wilhelm H. 17-го іюня 1887 г. въ 10 ч. утра работалъ на постройкѣ на 14 участкѣ по Rosentalstrasse въ Берлинѣ. Когда онъ стоялъ въ ямѣ глубиною въ 1 метр., на него упала балка и ударила его въ правую половину лица. Послѣ этого поврежденія H. работалъ еще до обѣда, затѣмъ вслѣдствіе усиленія болей отправился домой и обратился къ фабричному врачу, который назначилъ холодные компрессы. Вслѣдствіе наступившаго облегченія H. продолжалъ работать 18-го и 20-го іюня (19-го было воскресенье). Затѣмъ, однако, боли настолько усилились, что H. долженъ былъ 21-го іюня отправиться снова къ врачу. Онъ жаловался главнымъ образомъ на головную боль, головокруженіе, мельканіе въ правомъ глазу, ослабленіе слуха въ правомъ ухѣ и безсонницу. Послѣ того, какъ онъ нѣкоторое время лечился въ нервной поликлиникѣ, фабричный врачъ Golebiewski предположилъ у него неврастенію и направилъ его въ нервную клинику въ Charité. Тамъ онъ находился съ 23-го ноября 1887 г. по 13-го января 1888 года, когда онъ былъ выписанъ, какъ неизлечимый больной. Послѣ того онъ еще долгое время лечился у названнаго выше врача д-ра Golebiewsk'аго, который 23-го іюля 1889 года призналъ его выздоровѣвшимъ и работоспособнымъ.

Вслѣдствіе этого съ 29-го іюля 1889 г. онъ былъ лишенъ ренты, которую получалъ до тѣхъ поръ. На это рѣшеніе H. подалъ апелляціонную жалобу, указывая, что онъ еще не вполнѣ работоспособенъ, и требуя третейскаго суда. Въ засѣданіи 5-го октября 1889 г. судъ оставилъ жалобу безъ послѣдствій 13-го ноября 1889 г. H. подалъ жалобу въ Имперское страховое бюро. Передъ тѣмъ онъ 6-го ноября поступилъ въ Charité, гдѣ находился до 23-го ноября. Согласно заключенію старшаго врача нервнаго отдѣленія Charité, д-ра Oppenheim'a, выданному 24-го декабря 1889 года, H. во время пребыванія въ Charité, съ 6-го по 23-го ноября 1889 г. обнаруживалъ признаки тяжелаго нервнаго заболѣванія, которое, по всей вѣроятности, находилось въ связи съ полученнымъ имъ 17-го іюля 1887 г. поврежденіемъ головы. Въ заключеніи врача сказано: «хотя главныя болѣзненныя явленія остались тѣ же, какъ и раньше, но они до извѣстной степени сдѣлались интенсивнѣе. По-моему (т. е. д-ра Oppenheim'a) мнѣнію, H. въ настоящее время по состоянію своего здоровья неработоспособенъ». Въ возраженіи, поданномъ промысловымъ товариществомъ на жалобу H., было сказано, что притязанія его должны быть отвергнуты на основаніи мнѣній д-ра Golebiewsk'аго и д-ра Blasius'a, въ главныхъ чертахъ совпадающихъ между собой; что H. неоднократно жаловался врачамъ, что онъ получилъ ударъ въ затылокъ, между тѣмъ какъ въ дѣйствительности балка ударила его по правой щекѣ; далѣе, что до несчастнаго случая H. въ теченіе 10 недѣль страдалъ ревматизмомъ, изъ чего можно заключить, что настоящее его заболѣваніе находится въ связи съ этимъ ревматизмомъ; наконецъ, что H., получая полную ренту, занималъ мѣсто надзирателя. 12-го марта 1890 г. Имперское страховое бюро обратилось къ д-ру Oppenheim'y съ просьбой произвести новую экспертизу и въ частности высказаться по вопросу, насколько была понижена работоспособность H. за время съ 29-го іюля 1889 г. по настоящій моментъ, и имѣются ли основанія предполагать, что страданіе H. является слѣдствіемъ несчастнаго случая, происшедшаго 17-го іюня 1887 г. Д-ръ Oppenheim въ экспертизѣ отъ 19-го марта 1890 г. высказался въ томъ смыслѣ, что H. страдаетъ травматическимъ неврозомъ; на предложенные ему два вопроса онъ отвѣтилъ: во-первыхъ, что H. въ настоящій моментъ и за время съ 29-го іюля 1889 года былъ совершенно неработоспособенъ; во-вторыхъ, что болѣзнь его

является исключительно слѣдствіемъ поврежденія головы, происшедшаго 17-го іюня 1887 г. При этомъ экспертъ считалъ безразличнымъ, имѣло ли мѣсто повреждение лица или затылка.

Однако это мнѣніе д-ра Oppenheim'a, именно, что Н. въ результатѣ несчастнаго случая потерялъ работоспособность, вызвало сомнѣніе среди членовъ Имперскаго страхового бюро. Не говоря уже о томъ, что защищаемое д-ромъ Oppenheim'омъ ученіе о травматическомъ неврозѣ не получило еще всеобщаго признанія въ наукѣ, самое состояніе пострадавшаго во время изслѣдованія въ коммиссіи противорѣчило заключенію д-ра Oppenheim'a. Въ виду этого Имперское страховое бюро обратилось 3-го іюня 1890 г. въ медицинскій факультетъ Берлинскаго университета съ предложеніемъ произвести экспертизу даннаго случая.

Въ то же время Имперское страховое бюро высказало пожеланіе, чтобы, въ случаѣ надобности, Н. былъ предоставленъ для повторнаго изслѣдованія. Такъ какъ факультетъ нашелъ необходимымъ подвергнуть Н. изслѣдованію и продолжительному наблюденію, то 7-го января 1891 г. онъ былъ принятъ въ 1-ю медицинскую клинику, гдѣ онъ оставался долгое время и былъ всесторонне и многократно изслѣдованъ. Впослѣдствіи въ дополненіе къ имѣющемуся матеріалу Имперское страховое бюро препроводило отношеніе промысловаго товарищества, представившаго въ качествѣ возраженія на экспертизу д-ра Oppenheim'a контръ-экспертизу д-ра Golebiewsk'аго отъ 18-го іюля 1890 г. По мнѣнію д-ра Golebiewsk'аго найденныя д-ромъ Oppenheim'омъ субъективныя жалобы и объективныя разстройства чувствительности встрѣчаются также и у лицъ вполнѣ работоспособныхъ и потому не могутъ считаться моментомъ, безусловно понижающимъ работоспособность.

Въ нижеслѣдующемъ мы даемъ свое заключеніе по предложеннымъ намъ вопросамъ, главнымъ образомъ по вопросу о томъ, какое вліяніе оказалъ на работоспособность пострадавшаго за время съ 29-го іюля 1889 г. несчастный случай, происшедшій 17-го іюня 1887 г., какимъ процентомъ можно выразить наступившее пониженіе работоспособности, и можно ли считать болѣзнь Н. слѣдствіемъ несчастнаго случая, а если можно, то на основаніи какихъ соображеній.

II. Экспертиза.

Изслѣдованіе и наблюденіе, произведенное въ I. Медицинской клиникѣ Charité съ 7-го января по 18-го февраля 1891 г., дали слѣдующіе результаты:

Н., 41 года, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ сильной, хорошо развитой мускулатурой, средняго питанія. Въ теченіе всего дня онъ остается на ногахъ; температура тѣла нормальная, лицо блѣдное, морщинистое, волосы съ легкой просѣдью. Лицо имѣетъ выраженіе ипохондрика, человѣка съ угнетенной психикой и съ удрученнымъ настроеніемъ.

Мозолей на рукахъ нѣтъ, кожа мягкая. Во внутреннихъ органахъ никакихъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не обнаруживается. Артеріосклероза нѣтъ.

Н. Жалуется на головныя боли, головокруженіе, слабость и разбитость, безсонницу и неспособность къ труду. Далѣе онъ заявляетъ, что повременамъ у него бываютъ состоянія спутанности и страха, и что онъ легко возбудимъ и пугливъ.

Пульсъ. Пульсъ изслѣдовался неоднократно въ разные часы дня и колебался между 84 и 92 ударами въ минуту. Приступовъ рѣзкаго учащенія или неправильности пульса не наблюдалось. Паціентъ и самъ не жалуется на сердцебіеніе.

Сонъ. Для наблюденія надъ сномъ назначался нѣсколько разъ особый служитель. При этомъ оказалось, что однѣ ночи Н. спалъ плохо, всего только 2 часа, другія, напротивъ, хорошо—5—7 часовъ; правильности въ чередованіи хорошихъ и плохихъ ночей не замѣчалось. По словамъ Н., ему иногда мѣшала спать головная боль, иногда же онъ страдалъ просто безсонницей. По ночамъ во время безсонницы Н. лежалъ спокойно. Иногда онъ жаловался на страшные сны.

При ходьбѣ Н. нѣсколько наклоняетъ туловище впередъ, походка у него медленная, правая нога передвигается нѣсколько болѣе вяло, чѣмъ лѣвая.

Сила правой руки нѣсколько меньше, чѣмъ лѣвой, однако разница между обѣими руками невелика. На вытянутыхъ впередъ рукахъ замѣчается легкое дрожаніе; болѣе сильное дрожаніе наблюдается на языкѣ при его высовываніи. Вообще же всѣ движенія совершаются свободно во всѣхъ направленіяхъ и не обнаруживаютъ никакихъ патологическихъ разстройствъ.

При стоянiи съ закрытыми глазами замѣчается значительное шатанiе туловища. Послѣ непродолжительной фарадизацiи мышцъ, въ особенности m. deltoideus и m. biceps brachii, появляется при размыканiи тока валикъ, который не исчезаетъ въ теченiе нѣсколькихъ секундъ (признакъ Rumpf'a).

Фарадическая и гальваническая возбудимость мышцъ и нервныхъ стволовъ не измѣнена.

На всей правой половинѣ тѣла болевая чувствительность отсутствуетъ и глубокiе уколы иглой ощущаются лишь, какъ тупое давленiе. Только въ отдѣльныхъ мѣстахъ. какъ, напр., на ладоняхъ и подошвахъ, пацiентъ ощущаетъ боль. Рефлекторныя и оборонительныя движенiя при уколѣ также отсутствуютъ на правой половинѣ тѣла, на лѣвой же они сохранены. Нечувствительность къ болевымъ раздраженiямъ рѣзче всего выражена на правой рукѣ, здѣсь даже и при внезапныхъ болевыхъ раздраженiяхъ не замѣчается оборонительныхъ движенiй.

Несмотря на такое рѣзкое пониженiе болевой чувствительности, прикосновенiе, даже самое легкое, воспринимается нормально и правильно локализуется.

Тѣ же результаты получаются при изслѣдованiи съ помощью электрическаго тока. При самомъ сильномъ индукцiонномъ токѣ прикосновенiе металлической кисточки ощущается больнымъ на всей правой половинѣ тѣла гораздо слабѣе, чѣмъ на лѣвой. Правда, и на правой сторонѣ токъ вызываетъ у него ощущенiе жженiя, мѣстами даже болѣзненное, но на лѣвой сторонѣ это ощущенiе значительно сильнѣе.

Если проводить электродомъ по кожѣ спины по направленiю справа налѣво, то кажлый разъ, когда электродъ проходитъ черезъ среднюю линiю, больной ощущаетъ рѣзкую боль и какъ-разъ въ этотъ моментъ онъ сильно вздрагиваетъ. Очень характерны результаты такого опыта: длинная кисточка кладется поперекъ спины такъ, что одна половина ея находится справа, а другая слѣва отъ средней линiи тѣла. При пропусканiи тока Н. ощущаетъ рѣзкое жженiе. Затѣмъ слегка приподымаютъ ту часть кисточки, которая лежитъ на лѣвой половинѣ тѣла. При этомъ исключается изъ дѣйствiя тока лучше чувствующая лѣвая сторона, и въ то же время вслѣдствiе уменьшенiя поверхности прикосновенiя увеличивается густота тока, а слѣдовательно, и его раздражающее дѣйствiе. При этомъ въ субъективныхъ ощущенiяхъ Н. не замѣчается никакой перемѣны. Затѣмъ приподнятая часть кисточки опускается обратно и приподымается другая половина, лежащая на правой сторонѣ, вслѣдствiе чего большая густота тока приходится на болѣе чувствительную часть тѣла. Въ этотъ моментъ Н. сильно вздрагиваетъ и ощущаетъ рѣзкую болѣзненность.

При изслѣдованiи порога тактильной и болевой чувствительности кожи съ помощью электрическаго тока обнаруживается, что для тактильной чувствительности порогъ справа только немного выше, чѣмъ слѣва; для болевой же чувствительности разница между правой и лѣвой стороной значительна. Первое ощущенiе боли появляется на различныхъ частяхъ тѣла почти постоянно при одномъ и томъ же разстоянiи катушекъ, нѣсколько различномъ для разныхъ участковъ кожи.

Изслѣдованiе чувства мѣста съ помощью циркуля не обнаруживаетъ какой-либо замѣтной разницы между правой и лѣвой стороной.

Температурное чувство на правой сторонѣ нѣсколько ослаблено какъ по отношенiю къ горячему, такъ и по отношенiю къ холодному. При изслѣдованiи топографическаго распредѣленiя абсолютной чувствительности оказывается, что оно въ общемъ почти не отличается отъ физiологическихъ нормъ распредѣленiя температурнаго чувства на различныхъ участкахъ тѣла. Такъ, напр., прикосновенiе холода ощущается въ наружномъ углу праваго глаза нѣсколько слабѣе, чѣмъ въ томъ же мѣстѣ слѣва. Точно также ощущенiе холода, получающееся въ наружномъ углу праваго глаза, имѣетъ такую же интенсивность, какъ ощущенiе холода на лѣвой ладони. При физiологическихъ же условiяхъ на лѣвой ладони ощущенiе холода должно быть нѣсколько слабѣе, чѣмъ въ наружномъ углу глаза. Такiя же незначительныя отклоненiя замѣчаются и въ другихъ частяхъ тѣла. Что касается мышечнаго чувства, то ощущенiе пассивныхъ движенiй суставовъ правой стороны сохранено въ полной мѣрѣ. Точно также и орiентировка относительно положенiя въ пространствѣ правыхъ конечностей при закрытыхъ глазахъ вполнѣ нормальна.

При производствѣ всѣхъ этихъ изслѣдованiй, требующихъ усиленнаго вниманiя со стороны изслѣдуемаго, получается впечатлѣнiе, что Н. добросовѣстно старается дать вѣрныя и точныя показанiя.

Изслѣдованiе глазъ, любезно произведенное проф. Schweigger'омъ, дало слѣдующiе результаты. На правомъ глазу имѣется эксцентрически распо-

ложенный дефектъ поля зрѣнія. Однако свѣтоощущеніе въ этомъ участкѣ не уничтожено вполнѣ, такъ какъ изслѣдуемый можетъ считать пальцы и въ области этого участка; онъ только не можетъ различить передвигающійся по периметру объектъ, т. е. кусокъ бумаги въ 5 кв. сант. Дефектъ этотъ въ данномъ случаѣ легко объяснимъ оптическими условіями. Во-первыхъ, изслѣдуемый страдаетъ сильной близорукостью (равной при объективномъ изслѣдованіи 14 діоптріямъ) и вслѣдствіе этого вообще не получаетъ отчетливыхъ изображеній на сѣтчаткѣ, во-вторыхъ, на роговицѣ у него имѣется нѣсколько помутнѣній, дѣлающихъ изображенія еще болѣе неясными. При изслѣдованіи поля зрѣнія послѣ исправленія близорукости оказалось, что границы его еще даже расширены. Что въ данномъ случаѣ дефектъ поля зрѣнія имѣетъ дѣйствительно такое происхожденіе, какое мы указали, это подтверждается еще тѣмъ соображеніемъ, что при травматическихъ неврозахъ дефекты поля зрѣнія бываютъ обыкновенно двусторонними и сопровождаются быстрой утомляемостью всей вообще сѣтчатки, чего въ данномъ случаѣ нѣтъ.

Слухъ на правое ухо нѣсколько пониженъ.

Обоняніе справа ослаблено, такъ что запахъ нѣкоторыхъ веществъ съ этой стороны узнается труднѣе, чѣмъ слѣва; разница, однако, незначительна

Правая половина языка въ передней части не воспринимаетъ сладкаго, между тѣмъ какъ при переходѣ черезъ среднюю линію вкусъ сладкаго ощущается правильно. Соленое и горькое воспринимается на правой половинѣ лишь послѣ многократнаго смазыванія языка соотвѣтствующимъ веществомъ, на лѣвой же сторонѣ ощущеніе появляется при первомъ прикосновеніи. Кислое даетъ на обѣихъ сторонахъ языка ощущеніе жгучаго или соленаго.

Кожные рефлексы на правой половинѣ тѣла понижены. Сухожильные рефлексы выражены ясно.

Если провести по кожѣ Н. ногтемъ, то тотчасъ же наступаетъ рѣзкое покраснѣніе, которое держится настолько долго, что можно писать на кожѣ. При болѣе сильномъ надавливаніи кожа приподымается въ формѣ валика, однако это явленіе выражено не рѣзко. Кисти и предплечья постоянно нѣсколько холодны и синюшны.

Кожа на ступняхъ холодна на-ощупь. Н. отличается усиленной потливостью.

Память изслѣдовалась въ различныхъ направленіяхъ—и по отношенію къ событіямъ собственной жизни, и къ историческимъ датамъ, и по отношенію къ запоминанію чиселъ. При этомъ обнаружилось значительное ослабленіе памяти. Нужно замѣтить, что при этихъ изслѣдованіяхъ не получалось такого впечатлѣнія, чтобы можно было заподозрить Н.въ симуляціи слабости памяти. Н. не могъ рѣшать даже очень легкія числовыя задачи, такъ какъ во время рѣшенія онъ забывалъ заданныя числа.

Оставаясь внѣ врачебнаго наблюденія, Н., по словамъ служителей и больныхъ, уходилъ въ себя, мало говорилъ и казался въ угнетенномъ настроеніи.

Чтобы испытать пугливость паціента, былъ сдѣланъ такой опытъ: къ нему незамѣтно подкрались сзади и произвели громкій, звенящій звукъ. Н. пришелъ въ сильное возбужденіе, съежился, и издалъ легкій крикъ; при этомъ онъ весь дрожалъ и на лицѣ у него былъ написанъ сильнѣйшій испугъ; пульсъ съ 92 поднялся до 120 и даже черезъ нѣсколько минутъ онъ былъ около 108.

III. Оцѣнка найденныхъ при изслѣдованіи симптомовъ.

Изслѣдованіе обнаружило у Н. цѣлый рядъ симптомовъ, свойственныхъ травматическому неврозу, а именно:

1. Н. производитъ впечатлѣніе безусловно больного, неврастеническаго субъекта. Болѣзненное выраженіе лица, блѣдность, угнетенное настроеніе, пугливость, безсонница—симптомы, въ наличности и постоянствѣ которыхъ послѣ продолжительнаго наблюденія въ больницѣ нельзя сомнѣваться; все это говоритъ за то, что въ состояніи духа паціента имѣется извѣстная ненормальность. Къ этому нужно еще прибавить нѣкоторое ослабленіе интеллекта и памяти.

2. Сердце и сосудистая система сами по себѣ не измѣнены, но обнаруживаютъ повышенную возбудимость, проявляющуюся въ неправильности сердечной дѣятельности и въ ненормальной раздражительности кожныхъ сосудовъ.

Послѣдній симптомъ, правда, не имѣетъ рѣшающаго значенія для діагноза нервнаго заболѣванія, тѣмъ не менѣе длительное учащеніе пульса и легкая возбудимость его при незначительныхъ раздраженіяхъ имѣетъ все-таки важное діагностическое значеніе.

3. Большая часть болѣзненныхъ симптомовъ приходится на нервную систему. При ходьбѣ ноги волочатся, часто появляется шатанiе туловища и дрожанiе въ различныхъ частяхъ тѣла. Болевая и температурная чувствительность понижены на правой сторонѣ; высшiя чувства, напротивъ, обнаруживаютъ лишь незначительныя отклоненiя отъ нормы, не имѣющiя серьезнаго значенiя.

Электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ не измѣнена, но въ отдѣльныхъ мышцахъ появляется при фарадизацiи валикъ — симптомъ, часто наблюдающiйся при травматическомъ неврозѣ.

Всѣ эти симптомы заставляютъ предположить здѣсь не органическое, а функцiональное нервное страданiе, относящееся къ неврастенiи или истерiи и обозначаемое, въ виду своего травматическаго происхожденiя, терминомъ «травматическiй неврозъ».

Остается еще рѣшить вопросъ, дѣйствительно ли въ данномъ случаѣ имѣется травматическiй неврозъ или можно заподозрить симуляцiю или преувеличенiе со стороны больного.

Такъ какъ въ случаяхъ, подобныхъ настоящему, больной матерiально заинтересованъ въ своей болѣзни, то здѣсь дѣйствительно иногда встрѣчается симуляцiя. Симуляцiи поддаются всѣ главные симптомы травматическаго невроза. Другiе симптомы возникаютъ на почвѣ страха и угнетеннаго настроенiя; наконецъ существуетъ еще третья категорiя симптомовъ, которые не могутъ быть вызваны искусственно, но значенiе коихъ для дiагноза пока еще не установлено съ достаточной достовѣрностью (напр. симптомъ Rumpf'a). Возможность изобличенiя симуляцiи зависитъ, съ одной стороны, отъ энергiи и ловкости симулянта, съ другой — отъ искусства изслѣдователя. Общихъ правилъ для опредѣленiя симуляцiи не существуетъ. Вообще говоря, дiагнозъ симуляцiи опирается на установленiи противорѣчiй въ показанiяхъ и поведенiи больного, — противорѣчiй, которыя получаются при извѣстныхъ, приспособленныхъ къ каждому отдѣльному случаю видоизмѣненiяхъ обычныхъ методовъ изслѣдованiя, и которыя на основанiи опыта не могутъ быть объяснены иначе, какъ симуляцiей. Особое вниманiе нужно при этомъ обращать на характеръ пацiента и на то, насколько онъ вообще заслуживаетъ довѣрiя. Такимъ путемъ удается разоблачить полныхъ симулянтовъ, т. е. такихъ, которые при полномъ здоровьѣ симулируютъ цѣлый симптомокомплексъ какой-либо болѣзни. Нужно впрочемъ замѣтить, что не существуетъ какого-либо абсолютнаго масштаба, по которому можно было бы судить, насколько найденныя противорѣчiя абсурдны и, слѣдовательно, насколько они доказательны для симуляцiи: и здѣсь извѣстную роль играетъ субъективная оцѣнка со стороны изслѣдователя. Среди явленiй, относящихся къ темной еще области истерiи, встрѣчается много «кажущихся противорѣчiй», т. е. такихъ комбинацiй симптомовъ, которыя идутъ въ разрѣзъ со всѣми нашими научными представленiями и наблюденiями, и о которыхъ мы тѣмъ не менѣе можемъ съ увѣренностью сказать, что они не симулированы сознательно, т. е. что пацiентъ не симулируетъ ихъ съ полнымъ пониманiемъ совершаемаго имъ обмана. При такихъ обстоятельствахъ каждый изслѣдователь неизбѣжно вноситъ субъективный элементъ въ оцѣнку симуляцiи.

Но и дѣйствительныя противорѣчiя въ показанiяхъ и симптомахъ нельзя еще считать безусловнымъ доказательствомъ въ пользу симуляцiи. Дѣло въ томъ, что на преувеличенiе болѣзненныхъ симптомовъ нельзя смотрѣть, какъ на болѣе легкую степень симуляцiи: аггравацiя и симуляцiя отличаются другъ отъ друга по существу. Уже выше было сказано, что при травматическомъ неврозѣ мы часто встрѣчаемъ смѣшанную картину болѣзни, гдѣ рядомъ съ первичной причиной болѣзни даютъ себя знать и различные усложняющiе психологическiе моменты, возникающiе на почвѣ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Прежде всего замѣчается рядъ болѣзненныхъ разстройствъ въ психической сферѣ. Несчастiе больного въ томъ, что тяжести его субъективныхъ болѣзненныхъ ощущенiй не соотвѣтствуетъ объективная картина болѣзни. Вслѣдствiе этого къ больному нерѣдко относятся съ недовѣрiемъ. Чтобы побѣдить это недовѣрiе и восполнить недостатокъ объективныхъ симптомовъ, онъ незамѣтно прибѣгаетъ къ сгущенiю красокъ. Если подобнаго рода больные уже по самому характеру своей болѣзни склонны углубляться въ свои ощущенiя и настроенiя, то эти частые разсказы о своемъ состоянiи, при которыхъ они къ тому же стараются изобразить болѣзнь возможно рельефнѣе, ведутъ къ тому, что они еще съ большимъ вниманiемъ начинаютъ относиться къ состоянiю своего здоровья. А это усиленное вниманiе настолько же увеличиваетъ болѣзненныя ощущенiя, насколько послѣднiя

уменьшаются при отклоненіи вниманія. Въ результатѣ получается, что такіе больные воспринимаютъ всѣ свои болѣзненныя ощущенія въ усиленномъ видѣ. Точно также и при врачебномъ изслѣдованіи различныхъ функціональныхъ разстройствъ больные легко преувеличиваютъ дѣйствительно имѣющіяся у нихъ болѣзненныя явленія въ полномъ убѣжденіи, что иначе нельзя произвести на врача надлежащаго впечатлѣнія и убѣдить въ правдивости своихъ показаній. Къ этому надо еще прибавить, что больные часто находятся подъ вліяніемъ различныхъ совѣтчиковъ, которые убѣждаютъ ихъ, что безъ сгущенія красокъ они не встрѣтятъ довѣрія къ своимъ жалобамъ.

Иногда случается, что сами эксперты сообщаютъ больнымъ о тѣхъ или иныхъ симптомахъ, которые по ихъ мнѣнію, являются доказательными для данной болѣзни,—и тогда больные стараются использовать эти симптомы, сознательно присоединяя ихъ къ имѣющимся симптомамъ или сознательно преувеличивая болѣзненныя разстройства въ соотвѣтствующемъ направленіи. Съ другой стороны, нельзя не признать, что повторныя освидѣтельствованія, недовѣріе къ состоянію больного со стороны врачей, постоянныя нашептыванія со стороны окружающихъ и, наконецъ, страхъ за свое матеріальное благосостояніе могутъ дѣйствительно усилить болѣзненныя явленія.

Итакъ нужно допустить, что, за исключеніемъ случаевъ полной симуляціи, мы находимъ при травматическомъ неврозѣ, наряду съ дѣйствительными разстройствами, еще преувеличенные или даже выдуманные болѣзненные симптомы; однако было бы ошибкой, если бы, доказавъ преувеличеніе одного какого-либо симптома мы на этомъ основаніи считали бы всѣ жалобы паціента выдуманными и отказались бы придавать значеніе даже и дѣйствительно имѣющимся разстройствамъ. Одно какое-либо противорѣчіе въ показаніяхъ паціента или даже прямо невѣрное показаніе не даетъ еще права сдѣлать выводъ, что паціентъ этотъ вообще лжетъ во всѣхъ своихъ показаніяхъ и выдумываетъ всѣ свои разстройства. Точно также несправедливо подозрѣвать паціента въ симуляціи неработоспособности только на основаніи того, что, вопреки своему заявленію о невозможности заниматься обычнымъ трудомъ, онъ при случаѣ возьмется за ту или иную легкую работу. Напротивъ, нѣкоторыя легкія занятія могутъ отвлечь паціента отъ его ощущеній и улучшить его психическое состояніе.

Картина болѣзни травматическаго невроза очень напоминаетъ истерію, которую, несмотря на наличность въ ней сознательнаго и безсознательнаго преувеличенія, мы все-таки считаемъ дѣйствительной и притомъ нерѣдко очень тяжелой болѣзнью.

Лучшимъ средствомъ для устраненія преувеличеній является возможно раннее прекращеніе судебнаго процесса, въ которомъ заинтересованъ больной.

Резюмируя кратко все вышеизложенное, мы приходимъ къ заключенію, что преувеличеніе существеннымъ образомъ отличается отъ симуляціи, что оно въ извѣстной степени безсознательно и зависитъ отъ условій, въ которыхъ находится пострадавшій, и, наконецъ— что наличность его не говоритъ противъ діагноза травматическаго невроза.

Если примѣнить приведенныя соображенія къ нашему случаю, то нужно будетъ сказать, что здѣсь не исключена возможность какъ симуляціи, такъ еще болѣе преувеличенія. Однако недостаточно только указать на такую возможность, необходимо еще доказать, что симуляція или преувеличеніе дѣйствительно существуетъ въ данномъ случаѣ, если доказать это не удается, то мы обязаны и жалобы больного, и всѣ субъективныя проявленія болѣзни считать вполнѣ реальными.

Въ разбираемомъ нами случаѣ доказать наличность симуляціи не удалось.

Выраженіе лица паціента и весь его внѣшній видъ являются въ глазахъ опытнаго врача несомнѣннымъ доказательствомъ очень тяжелаго болѣзненнаго состоянія. За весь долгій періодъ наблюденій угнетенное состояніе Н. оставалось неизмѣннымъ какъ во время врачебныхъ обходовъ, такъ и въ отсутствіи врачей, когда паціентъ находился въ обществѣ другихъ больныхъ, помѣщавшихся въ той же палатѣ. Пугливость Н. была изслѣдована такимъ образомъ, что не оставалось никакого сомнѣнія, что она дѣйствительно существуетъ. Сонъ изслѣдовался неоднократно и результаты этого изслѣдованія также не подлежатъ никакому сомнѣнію. Труднѣе было исключить симуляцію при изслѣдованіи памяти и интеллекта. Однако Н. при многочисленныхъ распросахъ въ разное время ни разу не противорѣчилъ себѣ и производилъ при этомъ впечатлѣніе полной правдивости, такъ что и въ этомъ отношеніи нельзя заподозрить симуляціи.

Постоянное, хотя и незначительное учащенiе пульса и легкая возбудимость сердца не могутъ быть въ виду продолжительности наблюденiя объяснены душевнымъ волненiемъ во время изслѣдованiя или страхомъ передъ разоблаченiемъ. Что повышенная возбудимость кожныхъ сосудовъ не поддается симуляцiи, это очевидно.

Что касается вялой походки и шатанiя во время ходьбы, то здѣсь можно отмѣтить по крайней мѣрѣ, что симптомъ этотъ оставался все время безъ измѣненiя. При изслѣдованiи болевой и температурной чувствительности, оказавшейся пониженной на правой сторонѣ, показанiя Н. отличались точностью и постоянствомъ, такъ что производили впечатлѣнiе безусловной искренности. Ни разу нельзя было отмѣтить какого-либо противорѣчiя, которое наводило бы на мысль о симуляцiи.

Нужно еще обратить вниманiе на то обстоятельство, что у Н. констатировано пониженiе только болевой и температурной чувствительности, между тѣмъ какъ тактильная чувствительность и мышечное чувство оставались нормальными; это обстоятельство говоритъ скорѣе за наличность дѣйствительныхъ разстройствъ, чѣмъ за симуляцiю. Появленiе валика послѣ фарадизацiи отдѣльныхъ мышцъ безусловно исключаетъ симуляцiю, и, хотя значенiе этого симптома въ картинѣ травматическаго невроза и не вполнѣ еще выяснено, однако въ связи съ другими симптомами ему нельзя отказать въ извѣстномъ значенiи.

Все вышеизложенное можно резюмировать слѣдующимъ образомъ: симуляцiя со стороны Н. не можетъ быть доказана и очень мало вѣроятна; преувеличенiе въ указанномъ выше смыслѣ возможно, но также не доказано съ достовѣрностью; во всякомъ случаѣ оно не касается наиболѣе существенныхъ явленiй болѣзни и потому можетъ быть оставлено безъ вниманiя.

Обратимся теперь къ первому вопросу, поставленному Имперскимъ страховымъ бюро, именно къ вопросу, въ какой степени понижена работоспособность Н. Прежде всего нужно сказать, что если бы соматическiя разстройства, доступныя объективному изслѣдованiю, и были сами по себѣ недостаточны, чтобы вполнѣ уничтожить работоспособность, то все-таки на основанiи врачебнаго опыта мы знаемъ, что объективные симптомы являются здѣсь лишь внѣшнимъ выраженiемъ болѣе глубокаго страданiя, поразившаго всю нервную систему, а также характеръ и интеллектъ. Разстройства растительныхъ функцiй, какъ безсонница, потливость, головныя боли, чувство слабости, головокруженiе, далѣе разстройства интеллекта, слабость памяти, и наконецъ, сопутствующая всѣмъ этимъ явленiямъ слабость воли,—разстройства, въ существованiи которыхъ мы послѣ всего вышеизложеннаго не имѣемъ основанiя сомнѣваться,—представляютъ такое тяжелое нарушенiе функцiональныхъ способностей организма, что во все время, пока они остаются въ прежней интенсивности, работоспособность должна считаться **вполнѣ уничтоженной**.

На основанiи приведенныхъ соображенiй наше заключенiе по предложеннымъ намъ вопросамъ сводится къ слѣдующему:

1) настоящая болѣзнь Н. является слѣдствiемъ перенесеннаго имъ 17-го iюля 1887 г. несчастнаго случая;

2) съ 29-го iюля 1889 года и по настоящее время Н. вслѣдствiе своей болѣзни остается неработоспособнымъ;

3) нѣтъ основанiй ожидать, что съ теченiемъ времени работоспособность Н. постепенно возстановится.

IV. Обзоръ работъ по вопросу о травматическомъ неврозѣ.

Наблюденiе, что послѣ внезапныхъ несчастныхъ случаевъ наступаютъ своеобразныя нервныя разстройства, было сдѣлано уже давно. Иски о вознагражденiи послѣ желѣзнодорожныхъ крушенiй вызвали прежде всего въ Англiи появленiе врачебныхъ экспертизъ по этому вопросу. Такимъ образомъ впервые этотъ вопросъ былъ поднятъ главнымъ образомъ по отношенiю къ нервнымъ разстройствамъ послѣ несчастныхъ случаевъ на желѣзныхъ дорогахъ. Въ 1866 г. Erichsen обнародовалъ сочиненiе «On railway and other injuries of the nervous System», въ которомъ онъ опирается, какъ на желѣзнодорожные несчастные случаи, такъ и на травмы иного происхожденiя. Но все-таки главное вниманiе было здѣсь обращено на желѣзнодорожныя травмы, и терминъ «railway-spine» сталъ примѣняться ко всѣмъ заболѣванiямъ этого рода. Въ Германiи эти заболѣванiя стали наблюдаться довольно часто послѣ изданiя закона 1871 г. объ отвѣтственности предпринимателей за несчастные случаи съ рабочими. v. Leyden въ своихъ клиническихъ лекцiяхъ о болѣзняхъ спин-

ного мозга (1874—1876) отвелъ railway-spine особую главу. Богатая казуистика была приведена въ работѣ Rigler'a «Die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen» (1879). Какъ и Erichsen, онъ считалъ причиной болѣзни органическія измѣненія въ спинномъ мозгу, своего рода міэлитъ. Moeli въ 1887 г. расширилъ картину болѣзни, доказавъ, что существенную роль могутъ играть въ ней не только спинномозговыя, но и церебральныя, въ частности психическія разстройства, и что послѣднія возникаютъ не только вслѣдствіе механическаго сотрясенія, но и вслѣдствіе испуга и возбужденія во время несчастнаго случая. Въ дальнѣйшемъ цѣлый рядъ англійскихъ, американскихъ и нѣмецкихъ авторовъ указали на извѣстные симптомы со стороны чувствительности и высшихъ органовъ чувствъ, такъ что въ концѣ-концовъ пришли къ заключенію, что интересующая насъ болѣзнь гнѣздится главнымъ образомъ въ головномъ мозгу и что въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ здѣсь дѣло съ функціональными разстройствами безъ анатомическихъ измѣненій въ нервномъ веществѣ въ томъ смыслѣ, какъ это понималось раньше. Дальнѣйшій шагъ въ знакомствѣ съ этой болѣзнью былъ сдѣланъ въ томъ отношеніи, что было доказано, что для возникновенія болѣзни не требуется непосредственнаго поврежденія головного или спинного мозга, а достаточно и периферической и притомъ даже незначительной травмы, и что самымъ существеннымъ этіологическимъ моментомъ является «психическая травма» (Strümpell).

Современные взгляды на травматическій неврозъ основаны главнымъ образомъ на работахъ Charcot въ Парижѣ и Oppenheim'a въ Берлинѣ; воззрѣнія этихъ авторовъ въ отдѣльныхъ пунктахъ различны, но въ общемъ оба автора считаютъ болѣзнь чисто функціональной, причемъ Charcot называетъ ее истеріей, Oppenheim—неврозомъ. Oppenheim, имѣющій безспорно большія заслуги въ этомъ вопросѣ, опубликовалъ въ 1889 г. работу «Die traumatischen Neurosen» и т. д., въ которой онъ далъ подробное изложеніе симптоматологіи этой болѣзни, подкрѣпленное цѣлымъ рядомъ тщательно проведенныхъ наблюденій. Такъ какъ болѣзнь эта затрогиваетъ матеріальные интересы и представляетъ рядъ функціональныхъ разстройствъ безъ доступныхъ анатомическихъ измѣненій, то прежде всего надо рѣшить вопросъ, поддается ли она симуляціи и если да, то какъ бороться врачамъ съ этимъ зломъ. Вопросъ этотъ въ настоящее время сдѣлался злобой дня, тѣмъ болѣе, что не только для профановъ, но и для многихъ врачей граница между истеріей и симуляціей кажется несовсѣмъ ясной. Работа Oppenheim'a вызвала оживленный и продолжительный обмѣнъ мнѣній, причемъ отдѣльные пункты его ученія подверглись нападкамъ со стороны многихъ экспертовъ, исходившихъ въ своей критикѣ изъ самыхъ разнообразныхъ точекъ зрѣнія. Чрезвычайно интересную позицію въ этомъ спорѣ занялъ интернаціональный медицинскій конгрессъ 1890 года (Берлинъ), такъ что мы считаемъ не лишнимъ остановиться на происходившемъ тамъ обмѣнѣ мнѣній нѣсколько подробнѣе. Пренія касались главнымъ образомъ сущности и симптомовъ болѣзни, а также достовѣрнаго распознаванія ея, куда входитъ также вопросъ о симуляціи и преувеличеніи.

Проф. Schultze (Боннъ), проф. Jolly (Берлинъ) и другіе выразили сомнѣніе въ томъ, представляетъ ли травматическій неврозъ опредѣленную нозологическую единицу; симптомы болѣзни въ разныхъ случаяхъ различны: въ однихъ случаяхъ они относятся къ ипохондріи, въ другихъ къ неврастеніи, истеріи или другимъ извѣстнымъ болѣзнямъ. Эта точка зрѣнія имѣетъ свои основанія, такъ какъ большинство изъ наблюдавшихся до сихъ поръ случаевъ можно было отнести къ какому-нибудь изъ извѣстныхъ неврозовъ либо въ чистомъ видѣ, либо въ смѣшанной формѣ, каковая, кстати сказать, встрѣчается и безъ травматической этіологіи. Но для практическихъ цѣлей удобно сохранить названіе, выражающее этіологическое родство всѣхъ этихъ различныхъ формъ. Поэтому то мы и въ нашемъ изложеніи употребляемъ всюду терминъ «травматическій неврозъ».

Симптомокомплексъ, описанный Oppenheim'омъ, по словамъ названныхъ выше авторовъ, въ большинствѣ случаевъ не встрѣчается.—Но въ практическомъ отношеніи почти безразлично, считать ли травматическій неврозъ своеобразной болѣзнью, строго отграниченной отъ другихъ неврозовъ, или придерживаться мнѣнія, что внезапная травма можетъ вызывать различныя явленія, не выходящія за предѣлы извѣстныхъ намъ болѣзненныхъ формъ, какъ истерія, неврастенія, ипохондрія и т. д. Мы поэтому не будемъ больше останавливаться на этомъ пунктѣ.

Что касается распознаванія травматическаго невроза въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то о значеніи различныхъ симптомовъ, указанныхъ Oppen-

heim'омъ и другими авторами, было высказано на конгрессѣ много разнорѣчивыхъ мнѣній. Schultze и Rumpf считаютъ суженіе поля зрѣнія нехарактернымъ симптомомъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ его не бываетъ; Hitzig считаетъ этотъ симптомъ недоказательнымъ и тогда, когда онъ имѣется на-лицо, ибо, по его наблюденіямъ, суженіе поля зрѣнія при травматическомъ неврозѣ не выходитъ за предѣлы чисто физіологическихъ колебаній. Такое же мнѣніе высказалъ и Mendel. Напротивъ, Benedikt считаетъ этотъ симптомъ очень цѣннымъ.

Разстройства чувствительности наблюдаются, по мнѣнію Schultze, далеко не всегда, а потому и они не представляютъ ничего характернаго; Rumpf признаетъ за этимъ симптомомъ значеніе только въ томъ случаѣ, когда онъ остается постояннымъ при многократномъ изслѣдованіи въ различное время; противъ этого Oppenheim справедливо возразилъ, что и при другихъ нервныхъ заболѣваніяхъ наблюдаются колебанія въ интенсивности отдѣльныхъ симптомовъ.

Учащенію пульса Schultze также не придаетъ особаго значенія, такъ какъ оно можетъ появляться и у симулянтовъ вслѣдствіе боязни разоблаченія во время изслѣдованія. То же относится и къ дрожанію. Oppenheim и Hitzig указываютъ, напротивъ, что при продолжительномъ наблюденіи въ больницѣ этотъ симптомъ можетъ быть тщательно провѣренъ и что при такихъ условіяхъ онъ пріобрѣтаетъ цѣнное значеніе.

Къ повышенію рефлексовъ Schultze также относится скептически, полагая, что этотъ симптомъ можетъ явиться просто результатомъ обнаженія тѣла при изслѣдованіи.

Нѣкоторые авторы указывали на значеніе артеріосклероза для діагноза, однако именно этотъ пунктъ еще недостаточно выясненъ.

Центръ тяжести при постановкѣ діагноза лежитъ въ доказательствѣ наличности или отсутствія симуляціи или преувеличенія; вопросъ о симуляціи занялъ поэтому на конгрессѣ первенствующую роль. Но и по этому вопросу были высказаны разнорѣчивыя мнѣнія. Одни утверждали, что симуляція составляетъ частое явленіе, другіе—напротивъ, что она встрѣчается рѣдко. Такъ, Seeligmüller насчитываетъ среди больныхъ травматическимъ неврозомъ 25% симулянтовъ, Hoffmann (клиника Erb'а)—33%, Schultze—36%, Oppenheim—4%, Alt (клиника Hitzig'а)—1,25%. Относительно послѣдней цифры Hitzig замѣтилъ, что къ ней нужно присоединить еще большое количество случаевъ преувеличенія. Съ другой стороны, нѣкоторые авторы указывали, что извѣстны случаи, когда врачи считали изслѣдуемаго за симулянта, а между тѣмъ съ теченіемъ времени у него обнаруживались симптомы тяжелой болѣзни.

Пренія показали, что склонность подозрѣвать симуляцію и преувеличеніе у различныхъ наблюдателей развита въ различной степени, и что Oppenheim, Strümpell и Hitzig принадлежатъ къ тѣмъ авторамъ, которые меньше всего склонны къ діагнозу симуляціи.

Что касается вопроса о томъ, насколько врачъ можетъ предохранить себя отъ обмана со стороны симулянта, то и по этому вопросу не было вынесено опредѣленнаго рѣшенія. Референтъ, проф. Schultze, выставилъ положеніе, что постояннаго, объективнаго критерія для отличія симулянтовъ отъ несимулянтовъ не существуетъ. По его мнѣнію, кромѣ подробнаго изслѣдованія больного, необходимо еще убѣдиться, насколько онъ отличается правдивостью.

Доказать объективнымъ путемъ существованіе симптомовъ болѣзни очень трудно: для этого требуется продолжительное подробное наблюденіе. Легче всего убѣдиться въ наличности психическаго угнетенія. Діагнозъ разстройства чувствительности требуетъ повторныхъ и точныхъ изслѣдованій. Суженіе поля зрѣнія имѣетъ небольшое значеніе. Дрожаніе и учащеніе пульса во время изслѣдованія могутъ наблюдаться и у симулянтовъ. То же относится и къ слабости. Oppenheim, напротивъ, указалъ, что суженіе поля зрѣнія не поддается симуляціи, а разстройство чувствительности и учащеніе пульса (равно какъ и безсонница) могутъ быть при продолжительномъ наблюденіи въ больницѣ точно провѣрены, такъ что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ быть такимъ образомъ исключена симуляція. То же мнѣніе относительно учащенія пульса и безсонницы высказалъ Hitzig.

Rumpf описалъ нѣсколько симптомовъ травматическаго невроза, которые не поддаются симуляціи, именно: появленіе валика въ мышцахъ послѣ примѣненія фарадическаго тока и пониженіе гальванической возбудимости двигательныхъ нервовъ. Далѣе онъ совѣтуетъ изслѣдовать болѣзненность нервовъ по

Mannkopff'y путемъ давленія, причемъ въ случаѣ дѣйствительной болѣзненности учащается пульсъ.

Однако значеніе этихъ указаній Rumpf'a для діагноза травматическаго невроза въ настоящее время еще недостаточно установлено. Во всякомъ случаѣ приведенные признаки встрѣчаются не настолько часто, чтобы ихъ отсутствіе говорило противъ наличности болѣзни.

Въ общемъ изъ преній выяснилось, что вопросъ о травматическомъ неврозѣ не можетъ считаться окончательно рѣшеннымъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ чрезвычайно трудно объективно установить наличность болѣзненныхъ разстройствъ и что продолжительное, тщательное наблюденіе надъ больнымъ и повторныя изслѣдованія отдѣльныхъ симптомовъ при одновременномъ изученіи характера больного, въ особенности его правдивости — является единственнымъ средствомъ, дающимъ возможность въ неясныхъ случаяхъ отличить симуляцію отъ дѣйствительной болѣзни.

При всѣхъ разногласіяхъ во взглядахъ отдѣльныхъ авторовъ, одно остается несомнѣннымъ: что травматическій неврозъ представляетъ несомнѣнную, возникающую на почвѣ несчастныхъ случаевъ функціональную болѣзнь безъ анатомическихъ поврежденій—болѣзнь, если не тождественную съ истеріей, то во всякомъ случаѣ находящуюся съ нею въ извѣстномъ родствѣ.

Именно эта особенность травматическаго невроза очень затрудняетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ діагнозъ и заставляетъ считаться съ возможностью симуляціи и преувеличенія.

Признаки болѣзни, доступные объективному распознаванію, таковы, что въ большинствѣ случаевъ установленіе ихъ зависитъ отъ субъективныхъ показаній больного, которыя, впрочемъ, поддаются провѣркѣ въ опредѣленныхъ направленіяхъ.

Въ нижеслѣдующемъ мы даемъ оцѣнку отдѣльныхъ симптомовъ по степени ихъ доступности для точнаго распознаванія.

1. Психическія разстройства.

За исключеніемъ случаевъ, гдѣ прямо развивается галлюцинаторная спутанность, больные прежде всего жалуются на чувство безпокойства и страха и на пугливость. Затѣмъ наступаетъ состояніе ипохондрическаго угнетенія, сопровождаемаго повышенной раздражительностью. При этомъ можетъ страдать интеллектъ, особенно часто наблюдается слабость памяти. По самой природѣ этихъ разстройствъ мы можемъ судить о нихъ главнымъ образомъ на основаніи показаній самихъ больныхъ; однако психическія измѣненія накладываютъ извѣстную печать и на выраженіе лица больного, и на его поведеніе при врачѣ, на способъ выражаться и проч. Симулировать такой habitus при продолжительномъ пребываніи въ больницѣ подъ наблюденіемъ опытнаго врача доступно развѣ только для чрезвычайно искуснаго симулянта.

2. Симптомы со стороны высшихъ органовъ чувствъ.

При травматическомъ неврозѣ встрѣчаются разстройства слуха, обонянія и вкуса; важнѣе, однако, разстройство зрѣнія, выражающееся главнымъ образомъ въ формѣ концентрическаго съуженія поля зрѣнія. Послѣдній симптомъ, для установленія котораго требуется особенная осторожность и многократныя изслѣдованія, имѣетъ значеніе только въ томъ случаѣ, когда съуженіе по своимъ размѣрамъ выходитъ за предѣлы физіологическихъ колебаній и когда оно не можетъ быть объяснено какимъ-либо другимъ заболѣваніемъ глаза. Этотъ симптомъ также не является объективнымъ въ строгомъ смыслѣ слова, и нельзя отрицать, что опытный и искусный симулянтъ можетъ его симулировать.

Въ послѣднее время этотъ вопросъ былъ изученъ Oppenheim'омъ, причемъ онъ пришелъ къ заключенію, что симулировать явленія съуженія поля зрѣнія, не впадая въ противорѣчія, невозможно.

3. Симптомы со стороны чувствительности.

Убѣдиться въ дѣйствительномъ существованіи болей довольно трудно. Извѣстнаго рода боли выражаются въ нѣкоторыхъ особенныхъ движеніяхъ, въ напряженіи мышцъ, въ боязни движеній и т. п., однако, и эти симптомы могутъ

быть симулированы. Симптомъ Mannkopff-Rumpf'а, именно учащенiе пульса при давленiи на болѣзненное мѣсто, имѣетъ значенiе, если онъ существуетъ; отсутствiе его не даетъ еще права заключить, что болей нѣтъ.

Къ другимъ разстройствамъ чувствительности относятся гиперэстезiя, гипэстезiя и анэстезiя. Здѣсь мы также зависимъ отъ показанiй больного, и хотя повторныя изслѣдованiя при различныхъ условiяхъ даютъ возможность провѣрить показанiя пацiента, необходимо, однако, отмѣтить, что какъ-разъ въ этой области показанiя здоровыхъ людей, а въ особенности нервныхъ больныхъ довольно непостоянны. Болѣе или менѣе грубыя несообразности могутъ быть все-таки раскрыты при помощи тщательнаго изслѣдованiя и измѣренiя и являются доказательствомъ въ пользу наличности симуляцiи. Объективнымъ выраженiемъ этихъ разстройствъ чувствительности является усиленiе и ослабленiе рефлексовъ и оборонительныхъ движенiй. Въ виду, однако, того, что въ этомъ отношенiи существуютъ индивидуальная колебанiя, этому симптому можно придавать значенiе только въ томъ случаѣ, если разсройства чувствительности локализуются на одной половинѣ тѣла, что при травматическомъ неврозѣ и встрѣчается въ большинствѣ случаевъ. Впрочемъ и эти отраженныя движенiя могутъ быть усилены и ослаблены усилiями воли. Разоблаченiе симуляцiи удается иногда при неожиданномъ раздраженiи; но отрицательный результатъ такого опыта не даетъ еще увѣренности въ дѣйствительномъ существованiи разстройствъ, такъ какъ энергичные люди могутъ проявлять большое самообладанiе въ этомъ отношенiи.

4. Симптомы со стороны движенiй.

Какъ простое напряженiе мышцъ, такъ и слабость отдѣльныхъ мышечныхъ группъ можетъ быть вызвана произвольно.

При измѣренiи мышечной силы приходится считаться съ однимъ неблагопрiятнымъ обстоятельствомъ, именно съ тѣмъ, что такое измѣренiе вообще даетъ въ разное время различные результаты. Разстройства походки, наблюдающiяся при травматическомъ неврозѣ, очень разнообразны: въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ нельзя отнести ни къ одной группѣ подобныхъ разстройствъ, наблюдающихся при другихъ извѣстныхъ болѣзняхъ.

Благодаря тому, что разстройство походки при травматическомъ неврозѣ не имѣетъ опредѣленнаго типа, здѣсь открывается широкое поле для симуляцiи. Иногда требуется продолжительное наблюденiе, чтобы убѣдиться въ реальности наблюдаемаго разстройства походки.

Часто наблюдается *дрожанiе*, преимущественно общее. При душевномъ волненiи, какъ, напр., во время врачебнаго изслѣдованiя, оно усиливается,—обстоятельство, которое, по мнѣнiю Schultze, сильно затрудняетъ дифференцiальный дiагнозъ между дѣйствительнымъ дрожанiемъ и тѣмъ дрожанiемъ, которое возникаетъ у трусливыхъ симулянтовъ изъ страха передъ разоблаченiемъ.

Далѣе встрѣчаются *разстройства равновѣсiя*. При закрытыхъ глазахъ замѣчается пошатыванiе, какъ это бываетъ при нѣкоторыхъ органическихъ страданiяхъ нервной системы и при истерiи. Иногда у больныхъ дѣлается головокруженiе съ поблѣднѣнiемъ лица и даже паденiемъ, однако безъ потери сознанiя. Въ другихъ случаяхъ наблюдаются просто кратковременные приступы безсознательнаго состоянiя.

Дѣйствительныя эпилептическiя и истерическiя судороги также развиваются иногда на почвѣ несчастныхъ случаевъ, но эти разстройства уже не относятся къ картинѣ травматическаго невроза.

Наблюдающiяся при травматическомъ неврозѣ *разстройства рѣчи* крайне разнообразны и не могутъ быть подведены подъ одинъ какой-либо типъ. Дiагностическое значенiе имѣютъ только рѣзко выраженныя разстройства рѣчи.

Всѣ перечисленные симптомы поддаются симуляцiи.

5. Разстройства со стороны органовъ кровообращенiя.

Очень часто встрѣчается *ускоренiе сердечной дѣятельности* наряду съ повышенной возбудимостью сердца, такъ что пульсъ учащается отъ самыхъ незначительныхъ причинъ. Въ дальнѣйшемъ теченiи болѣзни дѣло можетъ дойти до расширенiя сердца. Связь между травматическимъ неврозомъ и артерiосклерозомъ еще недостаточно выяснена. Конечности иногда бываютъ цiанотичны и холодны. Очень легко наступаетъ покраснѣнiе головы, шеи груди. Легкое механическое раздраженiе кожи вызываетъ нерѣдко интенсивную, долго не исчезающую красноту, и даже валикообразное возвышенiе кожи. Часто

наблюдается усиленная потливость. Всѣ эти симптомы симуляціи не поддаются, однако діагностическое значеніе ихъ невелико, такъ какъ въ большей или меньшей степени они наблюдаются и у здоровыхъ. Относительно тахикардіи мы уже указали, что она при случаѣ можетъ наблюдаться и у симулянта подъ вліяніемъ страха: извѣстно, что сердцебіеніе встрѣчается вообще при самыхъ различныхъ аффектахъ. Такимъ образомъ и ускореніе пульса относится къ тѣмъ симптомамъ, которые пріобрѣтаютъ діагностическое значеніе только послѣ продолжительнаго наблюденія.

6. Сонъ.

Безсонница составляетъ частое явленіе. Само собою разумѣется, что для того, чтобы убѣдиться въ существованіи безсонницы, требуется тщательное и продолжительное наблюденіе.

Немало трудностей представляетъ оцѣнка работоспособности. Уменьшеніе послѣдней зависитъ главнымъ образомъ отъ субъективныхъ разстройствъ, отъ психическаго угнетенія, состоянія страха, болей, отъ неспособности сосредоточить мысли и отъ слабости воли, дѣлающей невозможной даже механическую работу; къ этому присоединяется головокруженіе, безсонница, иногда мышечная слабость. Совершенно очевидно, что для такого рода разстройствъ трудно найти какой-либо масштабъ, который давалъ бы возможность опредѣлить степень неработоспособности.

Поэтому при опредѣленіи работоспособности мы принуждены руководиться наблюденіями, сдѣланными при другихъ аналогичныхъ функціональныхъ болѣзняхъ, какъ, напр., при неврастеніи. Эти наблюденія показываютъ, что тяжелые случаи подобныхъ пораженій сопровождаются полной неспособностью къ какому-либо физическому или психическому напряженію, другими словами, полной неработоспособностью. Тяжесть каждаго отдѣльнаго случая можетъ быть установлена только послѣ тщательнаго изслѣдованія и наблюденія. Трудность оцѣнки подобныхъ случаевъ увеличивается еще вслѣдствіе того, что здѣсь приходится считаться съ возможностью не только симуляціи, но и преувеличенія.

Что касается *продолжительности* неработоспособности, т. е. прогноза, то нужно замѣтить, что большинство авторовъ смотритъ на возможность возстановленія здоровья при травматическомъ неврозѣ крайне пессимистически. Случаевъ излеченія описано очень мало, да и въ этихъ случаяхъ оно наступало очень поздно. Нужно, однако, замѣтить, что какъ-разъ при травматическомъ неврозѣ имѣются нѣкоторыя обстоятельства, которыя дѣлаютъ теченіе болѣзни гораздо болѣе неблагопріятнымъ, чѣмъ оно могло бы быть при другихъ условіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, нельзя отрицать, что неблагопріятные результаты леченія травматическаго невроза зависятъ до извѣстной степени отъ тѣхъ условій, съ которыми связано матеріальное вознагражденіе больного, отъ того недовѣрія, съ которымъ къ нему относятся и которое кладетъ свою печать на характеръ леченія. Въ то время, какъ другимъ нервнымъ больнымъ мы предписываемъ покой и цѣлесообразное леченіе, больные травматическимъ неврозомъ съ самаго начала болѣзни находятся подъ бременемъ заботы о томъ, чтобы ихъ жалобы обратили на себя вниманіе, чтобы они были признаны дѣйствительно больными. Вотъ почему сдѣланныя до сихъ поръ наблюденія надъ теченіемъ травматическаго невроза нельзя считать безусловно доказательными, и возможно, что при устраненіи указанныхъ выше условій, осложняющихъ теченіе болѣзни, случаи травматическаго невроза будутъ протекать болѣе благопріятно.

Берлинъ, 5-го мая 1891 г.

Деканъ и профессора медицинскаго факультета.

Дополненіе.

Къ экспертизѣ 1891 г. мы можемъ въ настоящее время сдѣлать слѣдующія дополненія.

Научный обмѣнъ мнѣній по вопросу о нервныхъ заболѣваніяхъ послѣ несчастныхъ случаевъ не прекращался за все истекшее время и нѣкоторые спорные пункты могутъ считаться въ настоящее время окончательно разъясненными. Особенно подробно вопросъ о такъ назыв. травматическомъ неврозѣ дебатировался на XI конгрессѣ по внутренней медицинѣ въ Висбаденѣ въ 1893 г., гдѣ ему были посвящены два спеціальныхъ доклада *Strümpell'я* и *Wernicke*. Кромѣ того по тому же вопросу появилось много монографій и сводныхъ работъ.

Воззрѣніе, которое мы высказали въ прошлой экспертизѣ, именно, что обозначеніе интересующей насъ болѣзни терминомъ «травматическій неврозъ» неправильно,—это воззрѣніе получаетъ въ настоящее время все большее и большее признаніе. Такъ какъ въ различныхъ случаяхъ приходится имѣть дѣло съ различными состояніями (неврастеніей, истеріей, ипохондріей, меланхоліей и пр.), и такъ какъ не существуетъ никакихъ признаковъ, которые давали бы возможность отличить эти состоянія отъ того, что мы наблюдаемъ при болѣзняхъ не травматическаго происхожденія, то выдѣленіе травматическихъ случаевъ въ особенную категорію съ особымъ названіемъ кажется недостаточно обоснованнымъ въ научномъ отношеніи. Этого одного было бы, однако, недостаточно для того, чтобы мы отказались отъ термина, который такъ быстро распространился и который очень удобенъ въ практическомъ отношеніи, объединяя въ одно цѣлое рядъ случаевъ, имѣющихъ между собой этіологическое родство.

Но вскорѣ оказалось, что приведенный терминъ имѣетъ очень крупный недостатокъ какъ-разъ въ практическомъ отношеніи; недостатокъ этотъ особенно проявляется при экспертизѣ пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Вопреки тому, что вкладывалъ въ этотъ терминъ его авторъ, среди врачей распространилось мнѣніе, что существуетъ особая нервная болѣзнь—травматическій неврозъ, которая отличается отъ другихъ нервныхъ болѣзней спеціальными симптомами и что по отдѣльнымъ рѣзко выраженнымъ признакамъ можно не только распознать эту болѣзнь, но и предсказать ея теченіе. Подъ впечатлѣніемъ тяжелыхъ и упорныхъ случаевъ, на основаніи которыхъ и была нарисована картина болѣзни, многіе врачи пришли къ заключенію, что травматическій неврозъ въ общемъ протекаетъ крайне неблагопріятно. Такимъ образомъ создалась ассоціація идей: травматическій неврозъ — неизлечимая болѣзнь—полная неработоспособность, такъ что иные эксперты считали даже излишнимъ приводить въ пользу подобнаго заключенія какія-либо доказательства. Это ошибочное воззрѣніе неразрывно связано съ самымъ названіемъ болѣзни, и, чтобы избѣжать его, необходимо только трактовать симптомы болѣзни въ смыслѣ обычныхъ болѣзненныхъ формъ, какъ-то: истеріи, ипохондріи и т. д.

На основаніи всѣхъ этихъ соображеній большинство авторовъ въ послѣдніе годы отказалось отъ термина «травматическій неврозъ» и стало по возможности избѣгать его въ своихъ экспертизахъ.

Далѣе въ новѣйшее время выдвинуть на первый планъ еще одинъ пунктъ, именно теперь стали придавать большее значеніе тѣмъ внѣшнимъ осложненіямъ, которыя оказываютъ неблагопріятное дѣйствіе на травматическія нервныя заболѣванія; осложенія эти,—какъ это прекрасно развилъ Strümpell,— заключаются въ борьбѣ за ренту и въ неразрывно связанномъ съ нею психическомъ возбужденіи. Изъ различныхъ факторовъ, которые могутъ сдѣлать эту борьбу роковой для больного, мы укажемъ только на два:

1. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ объ уменьшеніи работоспособности приходится судить только на основаніи субъективныхъ показаній пострадавшаго, трудно вынести опредѣленное рѣшеніе, и потому различные эксперты высказываютъ различныя мнѣнія, вслѣдствіе чего окончательное установленіе ренты затягивается на долгое время.

2. Многія лица, пострадавшія при несчастныхъ случаяхъ, придерживаются ошибочнаго воззрѣнія, будто рента не есть простое возмѣщеніе потерь, связанныхъ съ ограниченіемъ работоспособности, а представляетъ нѣчто вродѣ вознагражденія за болѣзнь, которое должно соотвѣтствовать тяжести несчастнаго случая, независимо отъ его послѣдствій.

Оба фактора—и задержка окончательнаго рѣшенія, и ошибочный взглядъ на ренту—оказываютъ вредное вліяніе на душевное состояніе пострадавшихъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до настоящаго душевнаго разстройства, въ большинствѣ же случаевъ на этой почвѣ развивается своеобразное озлобленіе и безволіе, такъ что въ концѣ-концовъ больные въ состояніи проявлять энергію только въ одномъ направленіи, именно въ ожесточенной борьбѣ за ренту.

Этотъ психическій моментъ, на который, впрочемъ, указали уже англійскіе авторы по поводу railway-spine, представляетъ то общее, что мы встрѣчаемъ въ различныхъ случаяхъ этой болѣзни, отличающейся столь многообразными симптомами. Однако, какъ мы уже сказали, моментъ этотъ не связанъ съ самой травматической этіологіей болѣзни, а зависитъ отъ того, что всѣ случаи травмы имѣютъ одно общее слѣдствіе, именно — требованіе вознагражденія.

Въ заключеніе мы не можемъ не указать здѣсь еще на одно обстоятельство, которое еще болѣе увеличиваетъ трудности экспертизы и тѣмъ самымъ задерживаетъ окончательное назначеніе ренты. Мы имѣемъ въ виду неполноту свѣдѣній о первыхъ и непосредственныхъ слѣдствіяхъ несчастнаго случая. Пересмотръ существующихъ законоположеній въ томъ смыслѣ, чтобы врачи возможно раньше опредѣляли эти послѣдствія и чтобы пользующій врачъ по возможности своевременно извѣщалъ о нихъ, такой пересмотръ далъ бы возможность во многихъ случаяхъ разобраться въ положеніи дѣла и, слѣдовательно, дать вѣрное заключеніе и быстро окончить процессъ. Такимъ путемъ можно было бы, хотя бы въ извѣстной части случаевъ, избѣжать тѣхъ неблагопріятныхъ послѣдствій, къ которымъ ведетъ задержка въ выдачѣ вознагражденія.

Берлинъ, 6 іюля 1897 г.

Подписано: Jolly.
E. v. Leyden.

Приложеніе 2-е.

Схема изслѣдованія пострадавшихъ (по M. Miller'у).

A. Общее изслѣдованіе.

1. Морфологически-анатомическое изслѣдованіе.

a) **Общая конституція.** Ростъ, вѣсъ, развитіе, состояніе силъ, питаніе, врожденныя уродства, пороки развитія, появившіеся въ періодъ роста, пріобрѣтенныя ненормальности, новообразованія, температура тѣла.

b) **Кожные покровы.** Поверхность кожи, растительность, мозоли отъ работы; кровенаполненіе кожи и слизистыхъ оболочекъ, расширеніе венъ, язвы голени; кожныя сыпи; язвы, фистулы, воспаленіе, отеки. Рубцы; величина, форма, внѣшній видъ, поверхность (открытая и мокнущая или покрытая нѣжной, тонкой, толстой, грубой кожей), струпья, срощеніе рубцовъ съ глубже лежащими частями, ущемленіе въ рубцѣ чувствительныхъ нервныхъ волоконъ; мозоли, въ особенности на ладони и подошвѣ.

c) **Подкожный жировой слой** вообще; скопленіе жира въ предрасположенныхъ къ тому мѣстахъ; жировики.

d) **Мускулатура;** общее развитіе мышцъ, общая и мѣстная атрофія мышцъ, мышечныя контрактуры; сухожилія, срощенія сухожилій.

e) **Скелетъ.** Деформаціи, уродства, срощенія, искривленія и дефекты послѣ переломовъ, вывихи, анкилозы, ложные суставы, разрощеніе костной мозоли; обезображеніе подъ вліяніемъ роста (рахитъ).

f) **Внутренніе органы.** Границы легкихъ, глубина подключичныхъ ямокъ; асимметрія грудной клѣтки, втягиваніе межреберныхъ промежутковъ; размѣры сердца по мѣстоположенію толчка; брюшные органы по результатамъ пальпаціи и по виду живота.

g) **Половые органы.** Искривленіе и смѣщеніе матки, опухоли, haematocele у женщинъ, hydrocele у мужчинъ; грыжи.

h) **Органы чувствъ.** Глаза: внѣшній видъ, положеніе и состояніе вѣкъ и ихъ краевъ, кровенаполненіе конъюнктивы, прозрачность роговицы и преломляющихъ средъ, глазное дно, слезные пути.

Ухо: ушная раковина, наружный слуховой проходъ (прободеніе), барабанная полость.

Носъ: носовыя полости, слизистая оболочка носа, полипы.

Полость рта: языкъ, небо, миндалины, слизистая оболочка, зубы

2. Функціонально-физіологическое изслѣдованіе.

a) **Тонусъ и положеніе различныхъ частей тѣла.** Общій тонусъ тѣла, выраженіе лица, лицевыя складки, широта глазныхъ щелей, положеніе глазъ, форма рта, положеніе языка.

Положеніе головы.

Положеніе верхней части тѣла, искривленіе позвоночника, форма грудной клѣтки, напряженіе живота.

Положеніе плечъ, лопатокъ, рукъ, пальцевъ.

Положеніе вертеловъ, таза, сѣдалищной складки, бедеръ, голеней, ступней. Сохраненіе равновѣсія при открытыхъ и закрытыхъ глазахъ (симптомъ Romberg'a).

b) **Психика**. Воспріятіе впечатлѣній отъ внѣшнихъ раздраженій черезъ органы чувствъ.

Проведеніе возбужденій къ центральнымъ органамъ; воспріятіе доставленныхъ возбужденій въ сознаніи; центральное впечатлѣніе, ощущеніе, воспріятіе, пониманіе.

Представленія; накопленіе представленій въ качествѣ воспоминаній, знаніе, память, способность возобновлять воспоминанія.

Переработка впечатлѣній и воспоминаній въ новыя представленія; умственная дѣятельность, образованіе понятій, самосознаніе, представленіе о движеніяхъ, возникновеніе движеній изъ этихъ представленій; проявленіе воли, задерживающія представленія, усилія воли. Измѣненіе настроенія подъ вліяніемъ впечатлѣній и представленій.

c) **Ощущеніе и воспріятіе**. Ощущеніе внѣшнихъ раздраженій черезъ органы чувствъ (зрѣніе, слухъ, обоняніе, вкусъ) и черезъ кожные покровы (тактильная, болевая и температурная чувствительность, осязаніе).

Ощущеніе внутреннихъ раздраженія (самоощущеніе), мышечное чувство, ощущеніе пассивныхъ движеній, ощущеніе положенія тѣла, ощущеніе тяжести; болевая чувствительность, головная боль, боли въ груди и животѣ, боли въ конечностяхъ.

d) **Движенія**.

Произвольныя движенія, движенія глазъ и вѣкъ, мимическія движенія, движенія рта, языка, глотаніе, рѣчь.

Движенія головы и туловища, плеча и таза.

Движенія въ плечевомъ, локтевомъ, лучезапястномъ и фаланговыхъ суставахъ, далѣе въ тазобедренномъ, колѣнномъ, голеностопномъ суставѣ и въ суставахъ пальцевъ ногъ. Затрудненія въ движеніяхъ вслѣдствіе обезображеній и искривленій, параличъ нервовъ, контрактура и атрофія мышцъ, рубцовыя стягиванія.

Изслѣдованіе функціональныхъ способностей рукъ и ногъ.

Рѣчь.

Письмо.

Непроизвольныя движенія, подергиваніе, дрожаніе.

Рефлекторныя движенія. Кожные рефлексы и рефлексы съ слизистыхъ оболочекъ; сухожильные и періостальные (пателлярный) рефлексы; рефлексъ зрачковъ.

e) **Растительныя функціи**.

Дыханіе. Носовое и ротовое дыханіе, грудной и брюшной типъ дыханія, одышка, емкость легкихъ, частота дыханія, дыхательные шумы; кашель, мокрота.

Кровообращеніе. Сердечная дѣятельность, ритмъ сердечныхъ сокращеній, сила и частота сердечныхъ сокращеній, сердцебіеніе, перебои, сердечные тоны и шумы.

Пищевареніе и питаніе. Аппетитъ, жажда, пищевареніе, стулъ, всасываніе питательныхъ веществъ, отложеніе жира, вѣсъ тѣла, отрыжка, тошнота, рвота, поносы, запоръ. Дѣятельность железъ.

Мочеотдѣленіе. Мочеиспусканіе, количество и удѣльный вѣсъ мочи, содержаніе въ ней сахара, бѣлка, форменныхъ элементовъ, химическая реакція, микроскопическая картина.

Сосудодвигательныя разстройства, общія, мѣстныя.

Аномаліи секреціи (потоотдѣленіе, выдѣленіе слезъ и слюны).

Трофическія разстройства кожи, мышцъ, костей.

B. Спеціальное изслѣдованіе.

1. Голова и шея.

Анатомическое изслѣдованіе.

a) Кожные покровы. Характеръ кожной поверхности, растительность, кровенаполненіе кожи и слизистыхъ оболочекъ; язвы, свищи, воспаленія (рожа лица и головы); рубцы — ихъ форма, величина, видъ, поверхность, срощеніе съ глубже лежащими частями, ущемленіе въ рубцѣ чувствительныхъ нервныхъ волоконъ (тройничный нервъ!)!

b) Мускулатура. Атрофія половины лица.

c) Черепъ. Ненормальности черепа, асимметрія черепныхъ и лицевыхъ костей, уродства.

d) Органы чувствъ. Глазъ: внѣшній видъ, положеніе и строеніе вѣкъ и краевъ, кровенаполненіе конъюнктивы, прозрачность роговицы и преломляющихъ средъ; глазное дно, слезные пути.

Ухо. Ушная раковина, наружный слуховой проходъ, барабанная перепонка (прободеніе), барабанная полость.

Носъ. Носовая полость, слизистая оболочка, полипы.

Полость рта. Языкъ, небо, миндалины, слизистая оболочка, зубы.

Функціональное изслѣдованіе.

a) **Выраженіе лица**, лицевыя складки, широта глазной щели, положеніе глазъ, рта, языка; положеніе головы.

b) **Ощущеніе и воспріятіе.** Функціи органовъ чувствъ, въ частности глаза и уха.

Болевыя ощущенія; головная боль, оталгія, невралгія n. trigeminus, n. frontalis и n. occipitalis.

c) **Движеніе.** Движенія глазъ и вѣкъ, мимическія движенія, движенія языка, глотаніе, рѣчь, движенія головы.

Задержка движеній вслѣдствіе нервныхъ параличей (oculomotorius, trochlearis, abducens, facialis) и рубцовыхъ стягиваній.

Непроизвольныя движенія, подергиванія лица (tic convulsif), подергиванія головы, дрожаніе головы.

Рефлекторныя движенія, рефлексы съ слизистой оболочки вѣкъ, носа рта и глотки; зрачковый рефлексъ, отраженный и симпатическій.

При поврежденіяхъ головы, вслѣдствіе участія нервной системы, въ особенности мозга, требуется въ большинствѣ случаевъ изслѣдованіе нервовъ, для котораго ниже приведена особая схема.

2. Органъ зрѣнія.

Анатомическое изслѣдованіе.

Вѣки: Ненормальность положенія, дефекты, воспаленія, рубцы.

Слезные пути: съуженіе, гноетеченіе.

Соединительная оболочка: катарръ, трахома, symblepharon.

Роговица: пятна, лейкома, pannus, воспаленія, язвы.

Склера: разрывы, воспаленіе, стафилома.

Радужная оболочка и рѣсничное тѣло: воспаленіе, сращеніе, атрофія, разрывы и дрожаніе радужной оболочки.

Хрусталикъ: помутнѣніе капсулы, корковыхъ частей, измѣненіе положенія (вывихъ, подвывихъ).

Стекловидное тѣло: кровоизліяніе, помутнѣніе, сморщиваніе.

Сосудистая оболочка: воспаленіе, разрывы.

Сѣтчатая оболочка и зрительный нервъ: припуханіе, воспаленіе, кровоизліяніе, отслойка, стафилома, эмболія и тромбозъ сосудовъ, атрофія.

Внутриглазное давленіе: глаукома.

Глазное яблоко: пороки развитія, альбинизмъ, атрофія, сморщиваніе.

Глазная впадина (при anophthalmus): слизистая оболочка, рубцы.

Функціональное изслѣдованіе.

Смыканіе вѣкъ: параличъ вѣкъ (oculomotorius, facialis), судорога вѣкъ.

Реакція зрачка, рефлекторная, симпатическая.

Поле зрѣнія: скотома, съуженіе.

Цвѣтоощущеніе для зелено-краснаго и сине-желтаго цвѣтовъ.

Рефракція (міопія, гиперопія, астигматизмъ).

Острота зрѣнія.

Субъективныя разстройства: мерцаніе, ослѣпленіе, раздраженіе, боли во лбу.

Движенія глазъ: параличъ (oculomotorius, abducens, trochlearis, facialis), недостаточность, косоглазіе, нистагмъ.

Слезоотдѣленіе.

3. Органъ слуха.

Анатомическое изслѣдованіе.

Ушная раковина: дефекты, отсутствіе ея.

Слуховой проходъ: отдѣляемое, выстилающая его оболочка, проходимость.

Барабанная перепонка: помутнѣнія, рубцы, прободеніе.
Барабанная полость; выстилающая оболочка.
Евстахіева труба: проходимость.

Функціональное изслѣдованіе.

Изслѣдованіе **слуха** при помощи карманныхъ часовъ, шопота и громкой рѣчи.
Костная проводимость для часовъ, камертона.
Ощущеніе звуковой скалы.
Пробы Rinne и Weber'a.

4. Грудная клѣтка и органы груди.

Анатомическое изслѣдованіе.

a) **Кожные покровы:** поверхность, кровенаполненіе, язвы, свищи, воспаленіе.

Рубцы—ихъ величина, форма, видъ, покрывающая ткань, срощеніе съ глубже лежащими частями, съ ребрами и плеврой, ущемленіе чувствительныхъ нервныхъ волоконъ (межреберныхъ нервовъ).

b) **Мускулатура**. Атрофія, втягиваніе межреберныхъ промежутковъ.

c) **Скелетъ**. Вдавленія, смѣщеніе сломанныхъ реберъ, разростаніе костной мозоли, рахитическія утолщенія, вывихи, асимметріи.

d) **Внутренніе органы**. Опредѣленіе границъ съ помощью перкуссіи.

Функціональное изслѣдованіе.

a) **Тонусъ и положеніе** различныхъ частей грудной клѣтки, расширеніе ея, округлость формъ, подключичныя ямки, искривленіе позвоночника (горбъ), асимметрія.

b) **Ощущенія**. Боли, межреберная невралгія, колотье въ боку, замираніе сердца, angina pectoris et cordis.

c) **Движенія**. Расширеніе грудной клѣтки при дыханіи; движенія туловища впередъ, назадъ и въ стороны.

Затрудненіе движеній вслѣдствіе неподвижности грудной клѣтки и позвоночника, рубцовыхъ стягиваній или мышечной атрофіи.

Растительныя функціи. Дыханіе. Грудной, брюшной типъ дыханія, одышка, емкость легкихъ, частота дыханія; поверхностное, ускоренное, ослабленное, усиленное, везикулярное, бронхіальное дыханіе, шумъ тренія, хрипы; кашель, мокрота.—Кровообращеніе. Сердечная дѣятельность, ритмъ, сила, частота сердечныхъ сокращеній, сердцебіеніе, перебои, сердечные тоны и шумы.

5. Брюшная полость и брюшные органы.

Анатомическое изслѣдованіе.

a) **Кожные покровы**. Поверхность, кровенаполненіе. Язвы; рубцы—ихъ величина, форма, видъ, покрывающая ихъ ткань, срощеніе рубцовъ.

b) **Жировая клѣтчатка.**

c) **Скелетъ.** Измѣненія позвоночника и таза.

d) **Внутренніе органы**. Консистенція (мягкая, твердая), резистентность (пальпація).

Функціональное изслѣдованіе.

a) Напряженіе живота, резистентность.

b) **Ощущенія**. Боль въ животѣ при перистальтикѣ, боли вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ; невралгіи. Гастралгія.

c) **Движенія**. Движенія туловища. Сокращенія брюшного пресса.

d) **Растительныя функціи.** Пищевареніе и питаніе. Аппетитъ, жажда, перевариваніе и всасываніе пищевыхъ веществъ, отложеніе жира, вѣсъ тѣла, испражненія, отрыжка, тошнота, рвота, поносы, запоры. Дѣятельность железъ. Мочеотдѣленіе. Мочеиспусканіе, количество, удѣльный вѣсъ и реакція мочи, содержаніе въ ней сахара, бѣлка и форменныхъ элементовъ, микроскопическое изслѣдованіе.

6. Конечности.

Анатомическое изслѣдованіе.

a) **Кожные покровы**. Поверхность кожи, мозоли на ладоняхъ и подошвахъ.

Кровенаполненіе, расширеніе венъ, язвы голени, подагрическіе узлы, язвы, свищи, воспаленія, отеки.

Рубцы—ихъ величина, форма, внѣшній видъ, покрывающая ихъ ткань; срощеніе рубцовъ съ глубже лежащими частями, ущемленіе чувствительныхъ нервныхъ волоконъ.

b) **Мускулатура**, развитіе мышцъ, атрофія. Сухожилія и срощенія ихъ. (Объемъ конечностей).

c) **Скелетъ**. Уродства, деформаціи, образовавшіяся въ періодъ роста (рахитъ). Искривленія, срощенія послѣ переломовъ, вывихи, анкилозы, ложные суставы, разрощеніе костной мозоли, увѣчья.

Функціональное изслѣдованіе.

a) **Тонусъ и положеніе. Плечевой поясъ**. Укороченіе и удлиненіе ключицы и плеча, опущеніе плеча, ненормальное положеніе лопатки, эктопія головки плеча.

Измѣненіе положенія и формы плеча вслѣдствіе вывиха, неподвижности или разслабленія связокъ въ плечевомъ суставѣ, вслѣдствіе паралича, атрофіи и контрактуры мышцъ и вслѣдствіе рубцоваго стягиванія.

Тазъ. Смѣщеніе частей таза, эктопія вертеловъ или головокъ бедра, контрактура бедра въ положеніи сгибанія, приведенія, отведенія, вращенія внутрь или кнаружи.

Опредѣленіе положенія вертеловъ по Roser-Nelaton'овской линіи (spinae anterior superior, верхушка вертеловъ и сѣдалищные бугры при нормальномъ положеніи головки бедра въ суставной впадинѣ расположены по одной прямой линіи).

Опущеніе таза вслѣдствіе искривленія позвоночника (сколіозъ) или косого положенія туловища при укороченіи одной ноги. Ненормальное положеніе тѣла при дѣйствительномъ или мнимомъ укороченіи или удлиненіи ноги, при вывихахъ въ тазобедренномъ суставѣ, при неподвижности или разслабленіи сустава, при параличѣ, атрофіи и контрактурѣ мышцъ, при рубцовомъ стягиваніи.

Въ **остальныхъ суставахъ** аномаліи тонуса, положенія и формы обусловливаются отчасти переломами и вывихами съ смѣщеніемъ отломковъ и концовъ костей, отчасти разслабленіемъ связокъ (болтающійся суставъ, X-образное искривленіе ногъ, плоская стопа) и неподвижностью, отчасти параличами (brachialis, medianus, ulnaris, radialis—ischiadicus, cruralis, peroneus, tibialis), отчасти атрофіей и контрактурой мышцъ и рубцовыми стягиваніями.

Типичныя уродства кисти и стопы: косолапость, отвислая кисть, pes varus, pes valgus, плоская стопа (послѣднее чаще всего при X-образномъ искривленіи ногъ).

b) **Ощущенія**. Потеря чувствительности кожи къ прикосновенію, давленію, болевому раздраженію, вліянію температуры—вслѣдствіе перерыва проводимости по чувствительнымъ путямъ. Потеря осязанія мышечнаго чувства и ощущенія суставовъ при нервныхъ заболѣваніяхъ (tabes).

Болевыя ощущенія. ревматическія боли при пораженіяхъ суставовъ, невралгическія боли при раздраженіи нервовъ (невралгія n. brachialis, n. ischiadicus).

c) **Движенія**.

Произвольныя движенія въ различныхъ суставахъ. Опредѣленіе объема движеній при пассивныхъ и активныхъ движеніяхъ.

Затрудненіе движеній можетъ зависѣть:

a) отъ искривленій, укороченій, срощеній, чрезмѣрнаго разростанія мозолистой ткани послѣ поврежденій и переломовъ частей скелета;

b) отъ вывиховъ, оставшихся невправленными или вправленными ненадлежащимъ образомъ;

c) отъ утолщенія и неподвижности суставовъ;

d) отъ образованія ложныхъ и болтающихся суставовъ;

e) отъ паралича двигательныхъ нервовъ и мышцъ, отъ перерожденія мышцъ;

f) отъ атрофіи жировой клѣтчатки, мышцъ, хрящей и костной ткани;

g) отъ рубцоваго и мышечнаго стягиванія кожи и глубже лежащихъ частей.

Непроизвольныя движенія: подергиванія, дрожаніе.

Рефлекторныя движенія. Пателлярный рефлексъ, повышеніе его при нервной раздражительности, ослабленіе при tabes.

7. Нервная система.

Функціональное изслѣдованіе.

a) Общій **тонусъ** тѣла, выраженіе лица, лицевыя складки, широта глазныхъ щелей, положеніе глазъ, рта, языка.

Положеніе головы.

Положеніе верхней части тѣла, искривленіе позвоночника, выпячиваніе груди, напряженіе живота. Положеніе плечъ, лопатокъ, руки, предплечья и пальцевъ.

Положеніе вертеловъ и таза, расположеніе сѣдалищной складки, положеніе ногъ и ступней. Сохраненіе равновѣсія при открытыхъ и закрытыхъ глазахъ (симптомъ Romberg'a).

b) **Ощущеніе и воспріятіе.** Ощущеніе внѣшнихъ раздраженій черезъ посредство органовъ чувствъ (зрѣнія, слуха, обонянія. вкуса) и черезъ кожные покровы (чувствительность къ прикосновенію, давленію, боли и температурѣ; осязаніе). Ощущеніе внутреннихъ раздраженій (самоощущеніе). мышечное чувство, ощущеніе пассивныхъ движеній, сознаніе своего положенія въ пространствѣ, ощущеніе тяжести; ощущеніе боли, невралгіи, ревматическія боли, головная боль, боли въ груди, животѣ и конечностяхъ; парэстезіи.

c) **Движенія.**

Произвольныя движенія; движенія глазъ и вѣкъ, мимическія движенія, движенія рта и языка, глотаніе, рѣчь; движенія головы и туловища, плеча и таза.

Движеніе въ плечевомъ, локтевомъ, лучезапястномъ и фаланговыхъ суставахъ; движенія въ тазобедренномъ, колѣнномъ, голеностопномъ суставахъ и въ суставахъ пальцевъ ногъ.

Затрудненія движеній вслѣдствіе искривленій и увѣчій, паралича нервовъ, мышечной контрактуры и атрофіи, вслѣдствіе рубцевыхъ стягиваній и подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ. Изслѣдованіе функцій рукъ и ногъ по отношенію къ простымъ и болѣе сложнымъ движеніямъ.

Рѣчь.

Письмо.

Непроизвольныя движенія. Подергиванія; фибриллярныя подергиванія языка; дрожаніе, непрерывное дрожаніе, интенціонное дрожаніе.

Рефлекторныя движенія. Кожные рефлексы, рефлексы со слизистыхъ оболочекъ, съ ладоней и подошвъ, съ покрововъ живота, конъюнктивы и т. д.

Сухожильные и періостальные рефлексы; рефлексъ съ сухожилія двуглавой и трехглавой мышцъ; пателлярный и Ахилловый рефлексъ. Зрачковый рефлексъ, отраженный и симпатическій.

d) **Растительныя функціи.**

Дыханіе. Дыханіе ртомъ и носомъ; грудной и брюшной типы дыханія, одышка, емкость легкихъ, частота дыханія, дыхательные шумы, кашель (судорожный кашель), мокрота.

Кровообращеніе. Сердечная дѣятельность. ритмъ, частота и сила сердечныхъ сокращеній, сердцебіеніе, перебои, сердечные тоны и шумы.

Пищевареніе и питаніе. Аппетитъ, жажда, перевариваніе и всасываніе пищи, отложеніе жира, вѣсъ тѣла, отрыжка, тошнота, рвота, поносы, запоры.

Мочеотдѣленіе. Количество, удѣльный вѣсъ и реакція мочи, содержаніе въ ней сахара, бѣлка и форменныхъ элементовъ, микроскопическоє изслѣдованіе.

Сосудодвигательныя разстройства, общія, мѣстныя. Аномаліи секреціи (отдѣленіе пота, слезъ, слюны). Трофическія разстройства кожи, мышцъ скелета.

8. Психическая сфера.

Анатомическое изслѣдованіе.

a) **Органы чувствъ.** Глазъ, ухо, органъ обонянія, вкуса, кожные покровы (чувствительность).

b) **Мускулатура и скелетъ.**

c) **Изслѣдованіе черепа** см. выше.

d) **Признаки вырожденія.**

Аномалія черепа—микроцефалическій и макроцефалическій черепъ.

Аномалія глазъ—колобома радужной оболочки, makrophthalmus, альбинизмъ.

Аномалія ушей—такъ назыв. пирощенныя уши (безъ мочекъ).

Аномалія зубовъ—рахитическіе зубы, Hutchinson'овы зубы.

Аномалія рта, неба—заячья губа, волчья пасть.

Аномалія конечностей—косолапость, полидактилія.

Аномалія половыхъ органовъ—врожденныя аномаліи.

Аномалія кожи—волосатость.

Функціональное изслѣдованіе.

1. **Ощущеніе и воспріятіе** (эктогенное).

При помощи зрительной, слуховой, обонятельной, вкусовой и осязательной сферы.

Галлюцинаціи представляютъ центральныя впечатлѣнія безъ соотвѣтствующихъ периферическихъ возбужденій (эндогенное воспріятіе).

Иллюзія есть ошибочная ассоціація свѣжихъ впечатлѣній съ чуждыми имъ воспоминаніями.

2. **Психическая дѣятельность.**

a) Воспріятіе впечатлѣній въ сферѣ сознанія (пониманіе), сознаніе своей болѣзни; физіолого-патологическая ассоціація свѣжихъ впечатлѣній, картинъ и представленій между собой и съ воспоминаніями (сознаніе).

b) Накопленіе воспоминаній (знаніе, память).

Способность воскрешать воспоминанія (способность воспоминанія).

Изслѣдованіе памяти: отдѣльные моменты изъ періода дѣтства, воспоминанія изъ школьнаго періода: предметы, воспринимаемые памятью; свѣдѣнія изъ географіи, естествознанія, отечественной исторіи; у квалифицированныхъ рабочихъ — по возможности свѣдѣнія по иностраннымъ языкамъ (запасъ словъ).

Изъ періода военной службы: имена начальниковъ, товарищей, время маневровъ, различныя происшествія

Изъ личной жизни: различныя событія семейной жизни, время родовъ, смертныхъ случаевъ, брака и пр.

Дефекты памяти (при травмахъ черепа).

Ослабленіе памяти для давно прошедшихъ или недавнихъ событій.

c) Синтетически-аналитическая переработка впечатлѣній, картинъ, представленій, идей, воспоминаній и т. д. Образованіе сужденій (бредовыя идеи).

Изслѣдованіе способности сужденія.

Школьный періодъ. Предметы, требующіе дѣятельности ума, счетъ, рѣчь (образованіе словъ и предложеній), диктантъ.

Періодъ военной службы. Дѣленіе арміи, техника оружія.

Профессія. Подведеніе счетнаго баланса.

3. **Волевая сфера.**

a) Измѣненіе интенсивности и экстенсивности волевыхъ проявленій; энергія, импульсивность, постоянство.

b) Измѣненіе проявленій воли подъ вліяніемъ задерживающихъ представленій (самообладаніе), психическая задержка, повышеніе волевыхъ проявленій подъ вліяніемъ различныхъ другихъ моментовъ.

c) Рѣчь. Письмо.

4. **Настроеніе.**

a) Усиленіе и ослабленіе интенсивности и экстенсивности реакціи настроенія на впечатлѣнія и представленія.

Экспансивное-депрессивное настроеніе духа, легкая возбудимость, раздражительная слабость, раздражительность, неустойчивость настроенія, возбужденное состояніе, аффектъ, смѣшанныя реакціи.

b) Вліяніе на настроеніе задерживающихъ представленій (самообладаніе). Вліяніе на настроеніе стимулирующихъ моментовъ изъ сферы представленій и воли.

Приложенiе 3-е.

Таблицы для опредѣленiя степени уменьшенiя работоспособности *).

I. Голова (РТ).

Поврежденiя черепа, сопровождающiяся тяжелыми и стойкими болѣзненными явленiями (душевныя разстройства, параличи, частые эпилептическiе припадки, разстройства органовъ чувствъ, тяжелыя невралгiи) . 100

Поврежденiя черепа, сопровождающiяся сильными головными болями, съ пониженiемъ мышечной силы верхнихъ конечностей или сравнительно нечастыми эпилептическими припадками 70

Болѣе легкiя поврежденiя черепа, сопровождающiяся менѣе сильными припадками, какъ-то: головокруженiемъ, головною болью и т. п. . . 30

Сотрясенiе мозга, оставившее по себѣ головныя боли, головокруженiе, тошноту, невозможность наклоняться или вообще работать при томъ положенiи тѣла, котораго требуетъ профессiя потерпѣвшаго 85

Сотрясенiе мозга съ менѣе важными послѣдствiями 60

Неизлечимыя душевныя болѣзни 100

Длительныя частичныя нарушенiя умственныхъ способностей (ослабленiе умственныхъ способностей, ослабленiе памяти) 50

II. Глаза (РТ).

Потеря зрѣнiя на оба глаза 100

Потеря зрѣнiя на одинъ глазъ 35

Примѣчанiе 1. Потеря зрѣнiя равносильна потерѣ глаза. Потеря одного глаза при отсутствiи другого, какъ влекущая за собою полную слѣпоту, оцѣнивается въ 100.

Примѣчанiе 2. Подъ потерей зрѣнiя на одинъ или на оба глаза разумѣется не только полная слѣпота, но и такое пониженiе зрительной способности, при которомъ утрачена возможность различать очертанiя близкихъ предметовъ (напримѣръ сосчитывать пальцы поставленной передъ глазами руки).

Ослабленiе остроты зрѣнiя опредѣляется по нижеслѣдующей таблицѣ Iостена:

S	0,50	0,40	0,30	0,20	0,10	0,00
0,50	0,0	6,5	13,5	20,0	26,5	33,5
0,40	6,5	14,5	22,0	30,0	38,0	46,0
0,30	13,5	22,0	31,5	41,0	50,0	60,0
0,20	20,0	30,0	41,0	52,0	62,5	73,5
0,10	26,5	38 0	50,5	62,5	75,0	87,0
0,00	33,5	46.0	60,0	73,5	87,0	100,0

Примѣчанiе 1. S означаетъ остроту зрѣнiя, идущiй отъ него горизонтальный рядъ цифръ даетъ остроту зрѣнiя одного глаза, вертикальный же рядъ—другого глаза. Таблица представляетъ возростанiе чиселъ въ ариѳмети-

*) Въ книгѣ Bum'а это приложенiе содержитъ только нормы для поврежденiй верхнихъ и нижнихъ конечностей. Чтобы сдѣлать это приложенiе годнымъ для справокъ при всѣхъ видахъ увѣчiй, мы объединили его въ одно цѣлое съ русской таблицей, выработанной медицинскимъ совѣтомъ, и кромѣ того дополнили его нѣкоторыми данными изъ книги Thiem'а. Русскiя данныя обозначены нами буквами РТ (русская таблица). Прим. перев.

ческой прогрессіи, на $6^2/_3$, и по возможности избѣгаетъ дробей. Ею легко пользоваться. Если, напр., острота зрѣнія одного глаза еще 0,50, другого же только 0,10, то пониженіе зрительной способности обоихъ глазъ 26,5. Или, если острота зрѣнія одного глаза равна 0,20, а другого только 0,10, то общее пониженіе зрительной способности должно считаться въ 62,5. Уменьшеніе трудоспособности по этой таблицѣ начинается съ потери болѣе $^1/_2$ нормальной остроты зрѣнія, такъ какъ обыкновенныя работы могутъ быть легко исполняемы и при половинной остротѣ зрѣнія на оба глаза.

Примѣчаніе 2. При установленіи степени ослабленія зрѣнія должно принимать во вниманіе, кромѣ большаго или меньшаго пониженія остроты центральнаго зрѣнія, по приведенной таблицѣ, еще и другія условія, каковы, напр., нарушеніе аккомодаціи, движеній глаза, состояніе бинокулярнаго и эксцентрическаго зрѣнія, а равнымъ образомъ и родъ занятій потерпѣвшаго.

III. Уши.

	Thiem.	PT.
Односторонняя умѣренная тугоухость	0	—
Двусторонняя умѣренная тугоухость	10	—
Односторонняя болѣе значительная тугоухость	10	—
Двусторонняя болѣе значительная тугоухость	до 40	—
Полная глухота на одно ухо	20	10
Двусторонняя полная глухота	50—60	50
Присоединеніе къ глухотѣ разстройства равновѣсія, вслѣдствіе заболѣванія лабиринта, увеличиваетъ норму на .	20—30	—
Хроническія воспаленія внутренняго и средняго уха съ истеченіемъ изъ слухового прохода	—	25

IV. Лицо (PT).

Поврежденія лица, сопровождающіяся функціональными разстройствами: выворотъ или заворотъ вѣкъ, причиняющіе недостаточное прикрытіе глазъ или слезотеченіе, съуженіе глазной щели, съуженіе носовыхъ отверстій и проходовъ, съуженіе рта и преддверія рта, уменьшеніе подвижности нижней челюсти и др.	35
Поврежденіе носовыхъ костей, челюстей верхней и нижней и другихъ лицевыхъ костей, сопровождающееся функціональными разстройствами	35

V. Шея (PT).

Поврежденіе гортани и послѣдствія иныхъ поврежденій шеи, требующія постояннаго ношенія трахеальной трубки	50
Потеря рѣчи отъ поврежденія голосовыхъ органовъ и органовъ рѣчи . .	40
Затрудненіе рѣчи	1[illegible]
Затрудненіе дыханія вслѣдствіе стойкаго съуженія гортани	[illegible]

VI. Грудь (PT).

Уменьшеніе подвижности грудной клѣтки послѣ различныхъ поврежденій ея:	сильное	40
	среднее	20
	слабое	10
Уменьшеніе дыхательныхъ движеній легкаго или уменьшеніе дыхательной поверхности его вслѣдствіе срощенія съ окружающими частями, спаденія и проч. .	сильное	[illegible]
	среднее	30
	слабое	15
Хроническія заболѣванія легочной ткани .	сильныя	100
	среднія	50
	легкія	10
Органическія болѣзни сердца, сосудовъ и оболочекъ его (хрон. восп. сердечной мышцы, аневризма и пр.)		100

VII. Животъ (PT).

Хроническія болѣзни брюшныхъ органовъ, сппровождающіяся нарушеніемъ отправленій ихъ и упадкомъ питанія (съуженіе желудка, кишекъ, фистулы ихъ, хроническое воспаленіе брюшины, болѣзни печени и т. д.).

сильныя	80
среднія	40
слабыя	10
Поврежденія брюшныхъ стѣнокъ, затрудняющія механическую работу .	25
Грыжи (брюшныхъ стѣнокъ, паховыя, бедренныя)	25
Выпаденіе прямой кишки, матки	25

Примѣчаніе. Грыжи подлежатъ вознагражденію лишь тогда, когда онѣ являются послѣдствіемъ несчастнаго случая (толчки, удары паденія и пр. или чрезмѣрное напряженіе силъ, значительно превышающее обычное), вызвавшаго вдругъ всѣ объективные признаки грыжи съ явленіями ущемленія ея и потребовавшаго врачебной помощи.

VIII. Мочевые и половые органы (PT).

Хроническое воспаленіе почекъ	50
Разстройство мочеиспусканія вслѣдствіе поврежденій въ области мочеполовыхъ органовъ	15
Фистулы мочевого канала или мочевого пузыря, затрудняющія ходьбу и поднятіе тяжестей	50
Хроническая водянка оболочекъ яичка или сѣменного канатика	15
Потеря полового члена въ возрастѣ до 50 лѣтъ	30
Потеря обоихъ яичекъ въ молодомъ возрастѣ	50

IX. Спина (PT).

Поврежденія позвоночника, сопровождающіяся объективными и стойкими признаками разстройства функцій спинного мозга (параличи конечностей, недержаніе мочи и кала)		100
Ограниченіе подвижности спинного хребта:	въ сильной степени . . .	50
	» средней »	25
	» слабой »	10
Надрывы и разрывы поясничныхъ мышцъ:	сильные	40
	средніе	30
	легкіе	5

X. Верхнія конечности.

	По Kaufmann'у		По Thiem'у		Вѣнская схема	PT	
	справ.	слѣва.	справ.	слѣва		справ.	слѣва.
1. Плечевой суставъ и плечевая кость.							
Потеря руки въ плечевомъ суставѣ и области плечевой кости .	75	50—60	75	70	$66^2/_3$—75	75	60
Полная неподвижность.	—	—	60	55	$50-58^1/_3$	60	50
			или	меньше.			
Ограниченіе подвижности до горизонтальнаго положенія	—	—	25	22	—	40	30
Незначительное ограниченіе подвижности (на нѣсколько градусовъ.).	—	—	0	0	—	30	20
			Самое большее времен. рента на $^1/_4$ года.				

	По Kaufmann'у		По Thiem'у		Вѣнская схема	РТ	
	справ.	слѣва.	справ.	слѣва.		справ.	слѣва.
Болтающійся суставъ .	—	—	60	55	$50—58^{1}/_{3}$	65	50
Привычный вывихъ . .	—	—	—	—	—	20	10
Параличъ m. deltoideus	—	—	60	50	—	—	—
» n. radialis . .	—	—	50	45	—	—	—
» n. medianus	—	—	45	$33^{1}/_{3}—40$	—	—	—
Неправильно сросшіеся переломы ключицы или лопатки, если они сопровождаются ограниченіемъ подвижности руки	—	—	—	—	—	20	10
Потеря обѣихъ рукъ .	—	—	—	—	100	100	
II. Локтевой суставъ и предплечье.							
Потеря предплечья . .	$66^{2}/_{3}—75$	60—75	70	65	$66^{2}/_{3}—75$	75	65
Неподвижность при благопріятномъ положеніи предплечья (подъ прямымъ угломъ или въ состояніи супинаціи) .	—	—	30	25	$25—33^{1}/_{3}$	35	25
Неподвижность при неблагопріятномъ положеніи (въ разогнутомъ или согнутомъ подъ тупымъ или острымъ угломъ)	—	—	50—60	45—50	въ розогнутомъ пол. $41^{2}/_{3}—50$ при остромъ углѣ $33^{1}/_{3}—41^{2}/_{3}$	50	40
Неподвижность въ положеніи пронаціи при невозможности супинаціи	—	—	$^{1}/_{2}$ потери цѣлой руки.		$16^{2}/_{3}—41^{2}/_{3}$	—	—
Неподвижность въ положеніи супинаціи при невозможности пронаціи	—	—	10	10	—	—	—
Болтающійся суставъ .	—	—	50—60	45—55	$50—66^{2}/_{3}$	60	50
Затрудненіе движенія кисти кнутри и кнаружи (приведенія и отведенія)	—	—	—	—	—	25	15
Затрудненіе движенія въ локтевомъ и лучезапястномъ сочлененіяхъ	—	—	—	—	—	30	20
Неподвижность въ локтевомъ и лучезапястномъ сочлененіяхъ .	—	—	—	—	—	60	50
III. Кисть.							
Потеря всей кисти или всѣхъ 5 пальцевъ . .	Для квалиф. раб. 50—60; Для чернорабоч. $66^{2}/_{3}—75$	50; 50	$66^{2}/_{3}$	50—60	$66^{2}/_{3}—75$	75	65
Потеря обѣихъ кист. или всѣхъ 10 пальцевъ	—	—	—	—	100	100	

	По Kaufmann'у		По Thiem'у		Вѣнская схема	РТ	
	справ.	слѣва.	справ.	слѣва.		справ.	слѣва.
Неподвижность лучезапястнаго сочлен. . .	—	—	23—25	20	$25—33\frac{1}{3}$	30	25
Болтающійся суставъ .	—	—	—	—	$33\frac{1}{3}$ - $66\frac{2}{3}$	40	30
IV. Пальцы.							
1. Большой палецъ.							
Потеря большого пальца съ пястной костью.	—	—	$33\frac{1}{3}$—35	25—30	$25—33\frac{1}{3}$	30	25
Потеря обѣихъ фалангъ безъ пястной кости .	25—30	20	23—25	16—20	$25—33\frac{1}{3}$	30	25
Потеря ногтевой фаланги или части ея . .	для черноработ. 0; для квалиф. раб. 10	0; 10	$12\frac{1}{2}$	10	$8\frac{1}{3}—16\frac{2}{3}$	15	10
Потеря ногтевой фаланги съ половиной основной	—	—	—	—	—	25	15
Неподвижность обѣихъ фалангъ при благопріятномъ положеніи и при подвижности пястной кости	10—20	10—20	maximum 20 только въ первое время.	15	$25—33\frac{1}{3}$	—	—
Неподвижность ногтевой фаланги	5—15	5—15	10	10	$8\frac{1}{3}$	10	5
Неподвижность пястнофаланг. сустава . . .	—	—	—	—	—	15	10
Неподвижность обоихъ суставовъ	—	—	—	—	—	35	25
Искривленіе большого пальца въ согнутомъ и разогнутомъ положеніи	—	—	—	—	—	25	15
2. Указательный палецъ.							
Потеря всѣхъ фалангъ.	10—15	10—15	15	15	$16\frac{2}{3}—25$	25	15
Потеря всѣхъ фалангъ съ пястной костью . .	—	—	—	—	—	25	15
Потеря ногтевой и средней фаланги	10	10	10	10	$8\frac{1}{3}—16\frac{2}{3}$	15	10
Потеря ногтевой фалан.	Для чернорабоч. 0; для квалиф. раб. 10	0; 10	10	10	0	—	—
Неподвижность перваго сустава	—	—	—	—	$16\frac{2}{3}$	15	10
Неподвижность перваго и средняго	—	—	—	—	—	25	15
Неподвижность перваго и третьяго	—	--	—	—	—	15	10
Неподвижность средняго.	—	--	—	—	$8\frac{1}{3}$	10	5
Неподвижность средняго и третьяго	—	—	—	—	—	15	10
Неподвижность всѣхъ трехъ суставовъ . . .	10—20	10—20	.	—	25	25	15
Искривленіе пальца въ согнутомъ положеніи .	—	—	—	—	—	20	10

	По Kaufmann'у		По Thiem'у		Вѣнская схема	PT	
	справ.	слѣва.	справ.	слѣва.		справ.	слѣва.
3. Средній палецъ.							
Потеря всѣхъ фалангъ.	10—15	10—5	12	12	$8^{1}/_{3}$—$16^{2}/_{3}$	10	5
То же вмѣстѣ съ пястной костью . . .	—	—	—	—	—	10	5
Потеря ногтевой и средней фалангъ	0—10	0—10	10	10	$8^{1}/_{3}$	5	2
Потеря ногт. фаланги .	0	0	0	0	0		—
Неподвижность всего пальца въ вытянутомъ положеніи	10—15	10 15	—	—	$8^{1}/_{3}$—$16^{2}/_{3}$	10	5
То же въ согнутомъ положеніи	20—25	20—25	—	—	—	10	5
Неподвижн. ногт. фал. .	0	0	—	—	0	—	—
» основн. суст.	—	—	—	—	$8^{1}/_{3}$	5	2
» средн. сустав.	—	—	—	—	—	5	2
Неподвижность перваго и третьяго суставовъ.	—	—	—	—	—	5	2
Неподвижность средняго и третьяго суставовъ.	—	—	—	—	—	5	2
4. Безымянный палецъ.							
Потеря всѣхъ фалангъ.	только въ исключительн. случ. 10	10	10	10	$8^{1}/_{3}$—$16^{1}/_{3}$	То же, что для средн. пальца.	
Потеря ногтевой и средней фалангъ	Для обычныхъ катег. рабочихъ. 0	0	10	10	$8^{1}/_{3}$		
Потеря ногтевой фалан.	Для чернораб. 0; Для женщ. 10	0; 10	0	0	0		
Неподвижность всего пальца или основного и средняго суставовъ.	10—15	10—15	—	—	$8^{1}/_{3}$—$16^{2}/_{3}$		
Неподвижн. ногт. сустав.	0	0	—	—	0		
Неподвижность основного сустава . . .	—	—	—	—	0 $8^{1}/_{3}$		
5. Мизинецъ.							
Потеря всѣхъ фалангъ.	10	10	12	10	0—$8^{1}/_{3}$	—	—
Потеря ногтевой и средней фалангъ	0	0	10	10	0	—	—
Потеря ногт. фаланги .	0	0	10	10	0	—	—
Неподвижность всего пальца или основн. и средн суставовъ .	5—10	5—10	—	—	0—$8^{1}/_{3}$	5	2
Неподвижность основного сустава	—	—	—	—	0	—	—
Искривленіе пальца въ согнутомъ положеніи .	—	—	—	—	—	5	2

6. Повреждение нѣсколькихъ пальцевъ одной и обѣихъ рукъ *) (РТ).

	Правой руки.	Лѣвой руки.
Потеря всѣхъ пальцевъ	75	65
Неподвижность всѣхъ пальцевъ	65	55
Искривленіе всѣхъ пальцевъ	60	50
Потеря большого и указательнаго	50	40
Потеря большого и среднято	40	35
Потеря большого и безымяннаго	40	35
Потеря большого и мизинца	35	25
Потеря большого, указательнаго и средняго	60	50
Потеря большого, указательнаго и безымяннаго	60	50
Потеря большого, указательнаго и мизинца	50	40
Потеря большого, указательн., средняго и безымяннаго	70	60
Потеря большого, указательнаго, средняго и мизинца	70	60
Потеря большого, средняго и безымяннаго	50	40
Потеря большого, средняго и мизинца	45	35
Потеря большого, безымяннаго и мизинца	45	35
Потеря указательнаго и средняго	35	25
Потеря указательнаго и безымяннаго	35	25
Потеря указательнаго и мизинца	25	20
Потеря указательнаго, средняго и безымяннаго	50	40
Потеря указательнаго, средняго и мизинца	45	35
Потеря средняго и безымяннаго	25	20
Потеря средняго и мизинца	20	15
Потеря средняго, безымяннаго и мизинца	35	20
Потеря безымяннаго и мизинца	20	10
Потеря указательн., средняго, безымян. и мизинца	70	55
Потеря большого, средняго, безымян. и мизинца	65	50

Потеря 9 пальцевъ	100
Потеря обоихъ указательныхъ пальцевъ	50
Потеря большого и указательнаго пальцевъ одной руки и указательнаго пальца другой	65
Потеря большого, указательнаго и средняго или безымяннаго или мизинца одной руки и указательнаго пальца другой	70
Потеря всѣхъ пальцевъ одной руки, кромѣ указательнаго, и потеря большого пальца другой руки	80
Потеря большихъ и указательныхъ пальцевъ обѣихъ рукъ	85

Примѣчаніе. При утратѣ нѣсколькихъ пальцевъ или фалангъ нѣсколькихъ пальцевъ должно принимать въ соображеніе, насколько уменьшилась схватывающая поверхность послѣднихъ четырехъ пальцевъ, сложенныхъ вмѣстѣ. Потеря приблизительно половины этой поверхности признается за уменьшеніе трудоспособности на $^1/_3$ ($33^1/_3$%). Оцѣнка поврежденій ручной кисти должна быть значительно выше для рабочихъ, занятія которыхъ требуютъ преимущественно тонкой ручной работы.

---

*) Таблица Bum'a не даетъ подробныхъ указаній относительно такихъ поврежденій; тамъ сказано лишь, что при поврежденіи нѣсколькихъ пальцевъ исчисляется общая сумма пониженія работоспособности по нормамъ, приведеннымъ для отдѣльныхъ пальцевъ. Въ русской таблицѣ нормы для такихъ поврежденій разработаны подробно.

Прим. перев.

XI. Нижнія конечности.

	По Kaufmann'у	По Thiem'у	Вѣнская схема	РТ
I.				
Всѣ поврежденія, которыя дѣлаютъ необходимыми для ходьбы палку, костыли или протезы .	—	—	по Becker'у 60	—
Поврежденія, дѣлающія возможной работу только въ сидячемъ положеніи	40—75	—	у чернор. 60—70 въ среднемъ 50	—
Поврежденія, допускающія ходьбу безъ палки въ теченіе $1/2$ часа	—	—	30	—
Укороченіе одной ноги не больше, чѣмъ на 3 стм., компенсируемое опусканіемъ таза . . .	—	незначит. рента только на первое время.	—	—
II. Тазобедренный суставъ и бедро.				
Потеря ноги въ тазобедренномъ суставѣ или въ области бедра	$66^2/_3$	$66^2/_3$—75	75	75
Неподвижность въ благопріятномъ положеніи (при разогнутомъ бедрѣ)	50 - $66^2/_3$	= $1/2$ ноги	50	50
Тоже при согнутомъ положеніи бедра	—	—	$58^1/_3$	60
Болтающійся суставъ	—	50 и болѣе	—	65
Неправильно сросшійся переломъ бедра съ укороченіемъ ноги болѣе 5 стм. и съ ограниченіемъ подвижности	—	—	—	50
III. Колѣнный суставъ и голень.				
Потеря голени	50—70	50- 65	$66^2/_3$	65
Неподвижность въ благопріятномъ положеніи (слегка согнутомъ)	$33^1/_3$ и болѣе	$33^1/_3$—40	$41^2/_3$	25
Неподвижность въ неблагопріятномъ положеніи (въ согнутомъ или выгнутомъ въ противопол. сторону)	—	$33^1/_3$—75	—	50
Неподвижность въ разогнутомъ положеніи	—	—	—	40
Ограниченіе сгибанія до 120° . .	—	25 - 30	—	—
Ограниченіе сгибанія до 90° . . .	—	15—20	—	—
Ограниченіе сгибанія до 60° . .	—	0	. .	—
Болтающійся суставъ	—	$33^1/_3$—75	$58^1/_3$	60
Растяженіе связокъ колѣннаго сустава (расшатанный суставъ).	—	—	—	25
Переломъ колѣнной чашки съ разстройствомъ разгибательнаго аппарата	—	—	—	50
Неправильно сросшійся переломъ голени съ укороченіемъ ноги болѣе 5 стм. и съ ограниченіемъ движеній	—	—	—	45
IV. Стопа.				
Потеря стопы	временная рента 75—100 постоянн. 50—60	50	$66^2/_3$	—

	По Kaufmann'у	По Thiem'у	Вѣнская схема	PT
Потеря передней опорной точки (операція по Lisfranc'y) . .	—	—	=потерѣ голени	—
Ампутація по Chopart'y, Пирогову, Syme и т. п.	—	—	35—40	60
Неподвижность голеностопнаго сустава подъ прямымъ угломъ .	20 и болѣе	—	41²/₃	25
То же подъ тупымъ угломъ . .	—	—	50	40
Переломы пяточныхъ и таранныхъ костей	—	—	—	40
Болтающійся голеностопный суставъ	—	—	—	40
V. Пальцы.				
Потеря большого пальца	10—15	10—15	16²/₃	10
Потеря ногтевой фаланги большого пальца	0	0	—	—
Потеря одного изъ остальныхъ пальцевъ	0	0	—	—
Потеря нѣсколькихъ пальцевъ, кромѣ большого	10—15	—	—	—
Потеря всѣхъ пальцевъ одной ноги	—	—	50	25
Потеря головокъ плюсневыхъ костей	—	—	—	50
Потеря обѣихъ ногъ или обѣихъ стопъ	—	—	100	100
Потеря одной ноги или стопы съ потерей одной кисти руки . .	—	—	—	100

Примѣчанія къ русской таблицѣ. 1. Полные параличи конечностей или ихъ частей приравниваются утратѣ ихъ. Полной утратѣ приравнивается также неподвижность суставовъ, сведенія отъ рубцоваго стягиванія, хроническія изъязвленія, недостаточное прикрытіе концовъ костей послѣ ампутаціи, прирощеніе или потеря сухожилій и т. п., если они ведутъ къ полной невозможности пользоваться при работѣ поврежденной конечностью или ея частью.

2. При поврежденіяхъ нижнихъ конечностей должно обращать вниманіе на то, возможна ли ходьба безъ помощи палокъ, костылей и т. п., и вообще при всѣхъ поврежденіяхъ, поскольку причиняемые ими недостатки могутъ быть исправлены посредствомъ вспомогательныхъ приборовъ (протезовъ).

3. При поврежденіяхъ множественныхъ, происшедшихъ отъ одного и того же несчастнаго случая, оцѣнка производится не посредствомъ простого сложенія всѣхъ цифръ, соотвѣтствующихъ по данной таблицѣ отдѣльнымъ видамъ поврежденій, а по соображенію всѣхъ обстоятельствъ даннаго случая, т. е. по соображенію того, насколько ослаблена или совсѣмъ утрачена способность къ труду даннаго лица отъ совокупности всѣхъ имѣющихся у него поврежденій въ связи съ состояніемъ его здоровья и родомъ занятій. Во всякомъ случаѣ оцѣнка не можетъ быть выше 100.

4. Не поименованныя въ таблицѣ тѣлесныя поврежденія (травматическія и иныя) оцѣниваются отъ 0 до 100 примѣнительно приведеннымъ въ таблицѣ цифрамъ и вышеизложеннымъ общимъ соображеніямъ.

Предметный указатель.

Н.

О.

П.

Р.

С.

Т.

У.

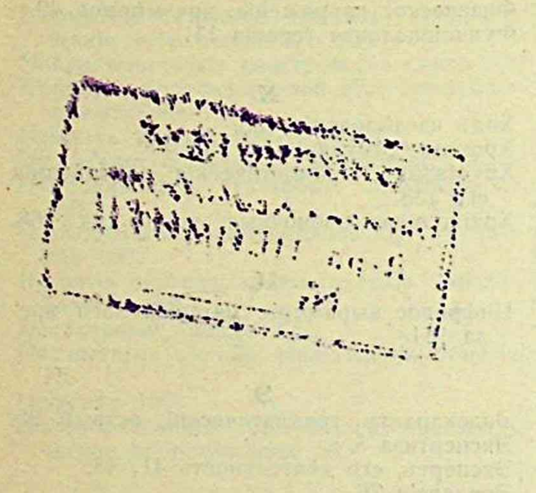
Ф.

Х.

Ц.

Э.

Я.



Anton Bum,

прив.-доц. Вѣнскаго университета.



УЧЕНІЕ
О
НЕСЧАСТНЫХЪ СЛУЧАЯХЪ
(ТРАВМАТОЛОГІЯ).

Переводъ съ нѣмецкаго, съ примѣчаніями и дополненіями
д-ра **Н. А. Вигдорчика.**

(Dr. Anton Bum. Vorlesungen über ärztliche Unfallkunde. Berlin. 1909).



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.

1911.

Типографія жур. «Практическая Медицина» (В. С. Эттингеръ), ул. Жуковскаго, 13.

Предисловіе къ русскому изданію.

Отрасль медицины, которой посвящена книга Bum'а и которую я рѣшился назвать новымъ терминомъ «травматологія», до сихъ поръ еще мало знакома русскимъ врачамъ. Если отдѣльные вопросы, входящіе въ эту область, и разрабатываются кое-гдѣ на страницахъ медицинской печати, то вся эта дисциплина въ цѣломъ, какъ самостоятельная вѣтвь практической медицины, какъ особая врачебная спеціальность — представляетъ для большинства русскихъ врачей въ полномъ смыслѣ слова terram incognitam. Причина этого вполнѣ очевидна: до самаго послѣдняго времени травматологія не находила себѣ примѣненія на русской почвѣ. До тѣхъ поръ, пока несчастные случаи не были у насъ объектомъ спеціальнаго законодательства, травматическія заболѣванія не имѣли для русскихъ врачей какого-либо спеціальнаго интереса, который заставилъ бы выдѣлить ихъ въ особую группу изъ массы другихъ заболѣваній. И каждый врачъ довольствовался тѣми краткими и случайными свѣдѣніями о травматическихъ болѣзняхъ, какія встрѣчаются въ общихъ руководствахъ по различнымъ врачебнымъ спеціальностямъ.

Съ изданіемъ закона 2 іюня 1903 г. объ отвѣтственности предпринимателей за увѣчья съ рабочими положеніе дѣла измѣнилось. Травма, занимавшая до тѣхъ поръ очень скромное, почти назамѣтное мѣсто въ ряду другихъ этіологическихъ факторовъ, сдѣлавшись объектомъ усиленнаго вниманія со стороны законодателя, стала привлекать къ себѣ все большій и большій интересъ и со стороны врачей. Для извѣстной категоріи врачей, которымъ пришлось принять участіе въ осуществленіи закона на практикѣ, широкое знакомство съ травматологіей сдѣлалось настоятельной потребностью. Отрывочныя свѣдѣнія о травматическихъ заболѣваніяхъ, разсѣянныя по различнымъ медицинскимъ руководствамъ, не могли, конечно, удовлетворить этой потребности хотя бы уже вслѣдствіе своей отрывочности, краткости и разбросанности. Но кромѣ того — и это особенно важно — общія руководства разсматриваютъ травматическія болѣзни не съ той точки зрѣнія, съ которой эти болѣзни интересуютъ врача-травматолога. Центромъ тяжести травматологіи является экспертиза увѣчья, оцѣнка причиненнаго имъ матеріальнаго вреда. Этого вопроса общія руководства не касаются. Въ руководствѣ по хирургіи вы найдете, напр., подробное изложеніе и клинической картины, и діагностики, и терапіи, и прогностики переломовъ костей, но оцѣнки этихъ переломовъ съ точки зрѣнія ихъ вліянія на работоспособность пострадавшаго тамъ нѣтъ. Точно также вы бы напрасно стали искать даже въ самыхъ подробныхъ руководствахъ по внутреннимъ болѣзнямъ указаній относительно того, какъ отличить

травматическую пневмонію отъ нетравматической и при какихъ условіяхъ можно признать травму причиной легочнаго туберкулеза. Чтобы найти отвѣтъ на подобные вопросы, вы должны обратиться къ спеціальному руководству по травматологіи.

До сихъ поръ такихъ руководствъ на русскомъ языкѣ не было. Предлагаемый переводъ книги Bum'а призванъ до извѣстной степени пополнить этотъ пробѣлъ. Главное достоинство этой книги краткость и сжатость изложенія. Она не можетъ, конечно, замѣнить собою многотомныхъ сочиненій по травматологіи, дающихъ исчерпывающее изложеніе предмета и играющихъ роль справочныхъ настольныхъ руководствъ [1]), но зато она даетъ возможность ознакомиться съ основами травматологіи безъ затраты большого количества труда и времени. И если книга Bum'а нашла себѣ читателей на своей родинѣ, столь богатой классическими трудами по травматологіи, то нѣтъ сомнѣнія, что для русскихъ врачей, такъ мало еще знакомыхъ съ этой отраслью знанія и совершенно не имѣющихъ на своемъ языкѣ аналогичныхъ сочиненій, она окажется полезнымъ подспорьемъ.

Чтобы по возможности приспособить переводимую книгу къ русскимъ условіямъ, мы дополнили ее свѣдѣніями по русскому законодательству о несчастныхъ случаяхъ. Законъ 2 іюня 1903 г. и изданные въ разъясненіе его циркуляры и инструкція, равно какъ нѣкоторыя данныя о практикѣ его примѣненія изложены нами въ рядѣ приложеній къ отдѣльнымъ главамъ и въ подстрочныхъ примѣчаніяхъ. Кромѣ того книга дополнена спеціальной главой о травматическихъ болѣзняхъ глазъ и ушей, составленной нами по упомянутому выше сочиненію Thiem'а. Конечно, мы сознаемъ, что и въ такомъ видѣ прилагаемая книга не можетъ замѣнить оригинальнаго сочиненія по травматологіи, которое было бы написано на основаніи русскаго матеріала, примѣнительно къ русскому законодательству и условіямъ экспертизы въ Россіи. Но о такомъ оригинальномъ сочиненіи пока еще рано думать. Приходится мириться съ недостатками, свойственными всякому переводному сочиненію.

Въ заключеніе мы позволяемъ себѣ выразить увѣренность, что книга Bum'а не только подниметъ теоретическій интересъ русскихъ врачей къ травматологіи, но и облегчитъ задачу тѣхъ врачей, которые сталкиваются съ вопросами травматологіи на практикѣ.

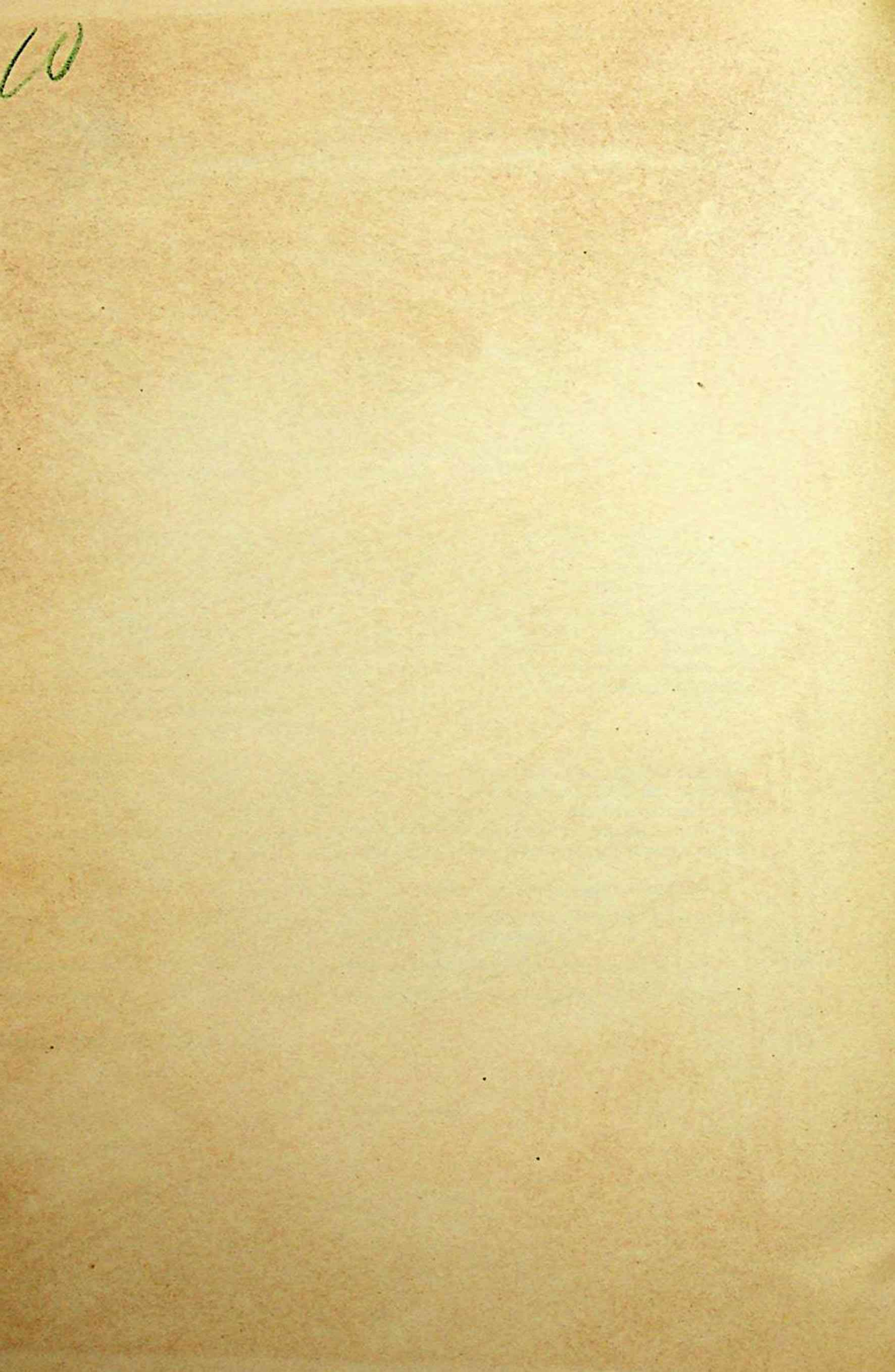
Н. Вигдорчикъ.

---

[1]) Одно изъ такихъ капитальныхъ сочиненій — именно руководство C. Thiem'а «Handbuch der Unfallerkrankungen» переводится въ настоящее время на русскій языкъ и издается Совѣтомъ Съѣздовъ горнопромышленниковъ юга Россіи.

Оглавленіе.

Стр.


60


120-00


1556383